

MAINS

2013

1983



2013

Libres

physiothérapie - ostéopathie
concepts globaux



● Physiothérapie limbique : concept

● Cervicalgies & Myothérapie

● Psychanalyse corporelle® : cas concret

● MAINS LIBRES ♦ N° 8 ♦ NOVEMBRE 2013 ♦ N° 240 ♦ 30^e ANNÉE ♦ ISSN 1660 - 8585



TAPE DE QUALITÉ SUPÉRIEURE (MEILLEURE QUALITÉ STRUCTURELLE ET NOUVEAU PROCÉDÉ DE TISSAGE, MATÉRIAU PLUS LÉGER ET PLUS FIN, AVEC MOINS D'ADHÉSIF, PERMÉABLE À L'AIR, RÉSISTANT À L'EAU, EXEMPT DE LATEX, INODORE, HYPOALLERGÉNIQUE



A commander maintenant à des prix d'achat intéressants : www.simonkeller.ch/kinesio-bandages

Fournisseur global fiable de grandes marques exclusives et de 12 000 produits
 SIMON KELLER SA | Lyssachstrasse 83 | 3400 Burgdorf | T 034 420 08 00 | F 034 420 08 01 | info@simonkeller.ch | www.simonkeller.ch
 Succursale Suisse Alémanique | Im Schöri 3 | 8600 Dübendorf | T 044 420 08 00 | F 044 420 08 01 | duebendorf@simonkeller.ch
 Succursale Suisse Romande | Rte de la Chocolatière 26 | 1026 Echandens | T 021 702 40 00 | F 021 702 40 31 | vente@simonkeller.ch



physiothérapie - ostéopathie - concepts globaux
journal scientifique et d'opinions
destiné aux kiné / physiothérapeutes,
ostéopathes et autres praticiens de la santé

www.mainslibres.ch



rédaction info@mainslibres.ch
yves larequi • pierreesson
jean touati • gaëlle jungo

secrétariat info@mainslibres.ch
Pierre Besson
Case postale 29
CH-1273 Arzier-Le Muids
Tél. +41 (0)79 957 1 957
Fax +41 (0)22 366 22 39

publicité yves.larequi@mainslibres.ch

resp. internet jean.touati@mainslibres.ch

symposiums pierre.esson@mainslibres.ch

session poster,

facebook gaelle.jungo@mainslibres.ch

conception christine sautaux, centre d'impression
de la broye sa, csautaux@cibsa.ch,
Tél. +41 (0)26 663 12 13

parution 8 numéros par année

abonnement pour 1 an -> chf 105.- pour 8 n°
étranger:
pour 1 an -> 105 euros pour 8 n°
étudiant (justificatif):
8 n° - chf 60.-/60 euros

vente au n° en suisse: chf 15.00
pour l'étranger: 15 euros
tous les prix s'entendent tva comprise

tirage 30^e année • 850 exemplaires

estimation

lectorat 2500 personnes

impression centre d'impression de la broye sa
case 631 • 1470 estavayer-le-lac

conseil de rédaction

pascal bourban physiothérapie du sport (baspo)

arnaud bruchard physiothérapie du sport

david dessauge ostéopathie

thierry dhénin rééducation uro-gynécologique

martine durussel ostéopathie

frédéric sider mézières

daniel goldman thérapie manuelle

khelaf kerkour réentraînement musculaire et
pathologies musculaires

patricia le bec pédiatrie

daniel michon recherche, enseignement

stéphane morin ostéopathie

luc nahon rééducation vestibulaire

guy postiaux rééducation respiratoire

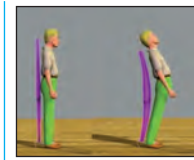
jean-paul rard physiothérapie vétérinaire

didier tomson drainage lymphatique
et pathologie veineuse

ramesh vaswani thérapie manuelle, enseignement

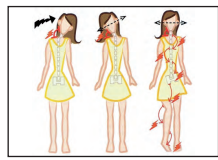
avertissement les articles d'opinion & la «main dans
le sac» n'engagent que la
responsabilité de l'auteur !

reproduction toute reproduction d'article sera
possible sur demande auprès de
la rédaction et avec l'accord de
celle-ci ainsi que celui de l'auteur.



p. 304

Résultante des forces
des muscles
paravertébraux



p. 315

Diffusion des
contractures de proche
en proche

Éditorial

291 Les unes qui font les titres!
G. JUNGO

Guest Editorial

293 Quel système de santé dans 30 ans?
P.-Y. MAILLARD

Interview de M. Maillard, Conseiller d'Etat Vaudois, Chef du Département de la santé et de l'action sociale.

Guest Editorial: extraits

295 Quelle physiothérapie/ostéopathie dans 30 ans?
E.BURGE, M. DURUSSEL, C. GASTON, M. HELFER, A-G. MITTAZ HAGER,
S. SARACLAR & T. SMETS

Résumé des idées phares émises dans les «Guest Editorial» 2013 sur la vision de nos professions dans 30 ans.

De main de maître

301 Plaidoyer pour une physiothérapie limbique. Partie I: notions conceptuelles
M. NISAND

Il existe un grand nombre et une grande diversité des méthodes et des techniques destinées à traiter les troubles de la statique. La Reconstruction Posturale® en fait partie. Elle s'appuie sur le paradigme gravitaire, structural et neurogène.

Mots-dés: bipédie, induction normalisatrice, morphologie, musculo-squelettique, tonus

Keywords: bipedalism, normalizing induction, morphology, musculo-skeletal, tonus

313 Cervicalgies & Myothérapie
D^r J. POLAK

Les douleurs cervicales représentent un important problème de santé publique. Leur cause n'est ni l'arthrose, ni une hernie discale, ni une mystérieuse «vertèbre déplacée» ou un «nerf coincé», il s'agit simplement, toujours, de contractures musculaires (sauf dans certains cas bien précis).

Mots-dés: douleur cervicale, contracture, Brachy-Myothérapie, arthrose, hernie discale

Keywords: bipedalism, normalizing induction, morphology, musculo-skeletal, tonus

325 La Psychanalyse Corporelle®, construction de la personnalité
B. BERTE

Seconde partie de l'article sur la Psychanalyse Corporelle® paru dans le numéro 7.

La psychanalyse corporelle® sollicite la mémoire du corps et repose sur la notion de lapsus corporel. Après avoir défini et expliqué la notion de traumatisme en psychanalyse corporelle, nous aborderons un cas concret de revécu du secret familial.

Mots-dés: psychanalyse corporelle®, lapsus corporels, secret familial, traumatismes

Keywords: body psychoanalysis, body slip up, traumatism, family secret

L'info en main

312 Ostéopathes du monde

Ostéopathes du monde est une association qui propose gratuitement des soins et un suivi ostéopathique dans les pays où cette thérapeutique n'est pas à disposition de tous ou absente du système de soins.

La main subjuguée

321 Genou: ligaments croisé antérieur, postérieur, médial, collatéral, poplité, what else?
Y. LAREQUI

Le système ligamentaire du genou est bien connu et se compose de 5 ligaments principaux. Pourtant, il faudra désormais compter avec le LAL (ligament antéro-latéral).

Retour en images

322 «Pelviennne et scapulaire: des ceintures complémentaires!»

Retour en photos sur le 20^e Symposium Romand de Physiothérapie & le 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie, novembre 2013 à Lausanne.

La main dans le sac

331 Les miracles de l'étiopathe qui guérit le «Tout-Paris»
J.-Y. NAU

Saviez-vous qu'il existe deux mains qui soignent et sauvent le Tout-Paris? C'est l'objet d'un ouvrage, brièvement résumé ici, écrit par ces mêmes mains qui raconte son histoire, celle d'un enfant de maréchal-ferrant de Camargue devenu étiopathe de la jet-set souvent jetlaguée.



Notre secret de la réussite pour la thérapie fonctionnelle

Réduction des douleurs – amélioration de la proprioception –
stabilisation à long terme



GenuTrain®
en cas de douleurs du genou

GenuTrain® P3
en cas de douleurs antérieures du
genou

GenuTrain® A3
en cas d'arthrose du genou

SofTec® Genu
en cas d'Instabilités complexes



Les unes qui font les titres !



Gaëlle JUNGO
Physiothérapeute (Bulle)

«Hausse des tarifs pour une minorité des physios» titrait 20minutes.ch le 4 octobre.
«Le remboursement de kiné explosent» titrait Le Figaro relaté par Mediscoop en date du 4 novembre.
«Phyioswiss veut une hausse des tarifs de 17%» titrait 20minutes.ch le 17 novembre.
«Les hôpitaux font monter les coûts» relate santésuisse.ch le 25 novembre.

Tandis que santésuisse note que la prise en charge des médicaments prescrits par les médecins au cours de l'année dernière a fait augmenter les coûts de la santé, en France, on remarque que les patients préfèrent recourir à des thérapies autres que médicamenteuses.

Quoiqu'il en soit, certains estiment qu'ils ne sont pas assez payés tandis que d'autres trouvent qu'ils paient trop ! La seule chose qui est sûre c'est que les primes d'assurance maladie pour 2014 ont, une fois encore, pris l'ascenseur et ce malgré la «bonne volonté» de santésuisse pour réduire les coûts liés aux médicaments et aux hôpitaux. Dans cette tourmente de coûts, la tarification de la physiothérapie ne pèse pas lourd et pourtant elle fait couler de l'encre !

«Bien faire et laisser dire» dit le proverbe !

Chers/chères Collègues, continuons à nous améliorer dans nos pratiques quotidiennes, faisons du mieux que nous pouvons pour soulager/guérir nos patients. Si vous avez participé au 20^e Symposium Romand de Physiothérapie & 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie, «Pelvienne, scapulaire: des ceintures complémentaires !», les 22 & 23 novembre 2013, vous avez (peut-être) découvert «la boîte à outils». L'idée consiste à regrouper les «outils», soit les trucs et astuces que chaque praticien invente au fil de sa carrière. Partagez-les avec vos collègues afin que la physiothérapie/l'ostéopathie deviennent encore plus performantes ! Découvrez la marche à suivre de cette «boîte à outils» dans les pages de ce numéro ainsi que le symposium 2013 en images.

Après l'organisation de 20 Symposiums Romands de Physiothérapie consécutifs et 8 d'Ostéopathie, la rédaction de Mains Libres a décidé de vous proposer une autre manière d'envisager la formation continue avec ce leitmotif: «comprendre la théorie, maîtriser la pratique!» sous forme de 3 cours de 2-3 jours.

Certes le succès de ces symposiums, la qualité des intervenants et le partage avec vous nous ravit mais nous pensons qu'il est temps de s'adonner à une autre réflexion, une autre aventure.

Cependant, nous cherchons toujours de la relève pour nous seconder dans nos activités !

Du «sang neuf»? En attendant les nouveaux collègues à la rédaction de Mains Libres, je vous propose de découvrir le «petit nouveau» dans les ligaments du genou. Yves Larequi a mis le doigt sur le ligament antéro-latéral...

«De main de maître» pointe du doigt une physiothérapie dite «limbique». Michaël Nisand traite les troubles de la statique par la Reconstruction Posturale®. Sujet d'actualité, problème récurrent et souvent revisité dans nos pratiques, ce concept vous aidera à y voir plus clair.

La Myothérapie a déjà fait couler de l'encre dans les pages de Mains Libres. L'idée que les douleurs cervicales ne sont pas dues à l'arthrose, aux hernies discales, etc..., est plaisante et le D^r Jan Polak est persuadé que les contractures musculaires sont le nerf de la guerre !

Solliciter la mémoire du corps pour mieux prendre en charge nos patients? Par la psychanalyse corporelle, nous le pouvons enfin ! Bruno Berte a mis la main sur le lapsus corporel.

A la une aussi, les Ostéopathes du Monde, association caritative qui privilégie les traitements ostéopathiques dans les régions où les populations n'y ont pas accès !

Et dans les titres, les mains libres qui guérissent le «Tout-Paris» ! L'histoire, brièvement résumée par Jean-Yves Nau, d'un étiope original.

A la fin des unes qui font les titres, je vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année ! Les Mains Libres, sur mon clavier d'ordinateur, je vous souhaite tous mes meilleurs vœux !



www.sharkfitness.ch

www.sharkfitness.ch

Ergomètre



Vélo couché



Tapis de course



Crosstrainer



Machine à poulie et Functional Trainer



Station de force



Body-Solid

concept 2

WaterRower

CIRCLE FITNESS

FIRST DEGREE FITNESS

Lojer

LEMOND Fitness Inc.

HBP

SportsArt FITNESS

HORIZON FITNESS

VISION FITNESS

TUNTURI

Quel système de santé dans 30 ans ?



Mains Libres a commémoré ses 30 ans d'existence cette année. Nous avons décidé de ne pas nous retourner sur le passé, mais d'envisager plutôt à quoi pourrait ressembler l'avenir (dans 30 ans) de notre profession, de nos relations avec le corps médical, de notre système de santé suisse.

Au cours de cette année 2013, nous avons, dans le cadre de cette rubrique « Guest Edito », donné la parole à différents acteurs de la physiothérapie et de l'ostéopathie. Des praticiens, des étudiants en physiothérapie, des dirigeants d'associations professionnelles, ainsi que des enseignants se sont exprimés sur leur vision de nos professions dans une trentaine d'années.

Nous voulions terminer cette série de « Guest Edito » avec une interview d'un politicien responsable d'un département de la santé publique et pour cela, nous avons contacté Monsieur Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat vaudois, Chef du Département de la santé et de l'action sociale. Compte tenu de l'actualité et de l'emploi du temps très serré de Monsieur Maillard, il ne nous a pas été possible de le rencontrer « physiquement » pour l'interroger, mais il a néanmoins consenti à répondre par écrit à quelques unes de nos questions.

QUESTIONS POSEES A MONSIEUR LE CONSEILLER D'ETAT PIERRE-YVES MAILLARD

Mains Libres (ML): Monsieur le Conseiller d'Etat, quelle est votre vision du système de santé suisse dans une trentaine d'année? Les notions de mutualité et de solidarité, piliers de la LAMal de 1996, s'affirmeront-elles ou la vision mercantile et le pouvoir des caisses maladie prendront-ils le dessus? Et quelle sera la place de la physiothérapie dans ce système?

P.-Y. Maillard (PYM): Le système de santé va devoir faire face ces trente prochaines années à la grande vague des baby-boomers. Ce défi sera possible seulement si les prestataires de soins arrivent à travailler de manière rationnelle. Pour permettre cela, les politiques de santé publique doivent permettre aux acteurs de la santé de travailler dans la coopération plutôt que dans la concurrence. La santé n'est pas un marché économique qui doit suivre les lois de la concurrence, il doit être régulé. La physiothérapie dans ce système doit, en collaboration avec les autres prestataires de soins, soutenir cet important défi.

ML: Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, les maladies chroniques et le développement technologique en médecine minent les ressources financières de notre système de santé. Dans le futur devra-t-on envisager un rationnement des soins?

PYM: Ce n'est pas dans la région du monde et au moment de l'histoire où les moyens les plus colossaux sont investis dans la santé qu'il faut parler de rationnement. Ou alors cela signifie que l'on a rationné dans le passé encore beaucoup plus qu'aujourd'hui.

Les soignants doivent d'abord réguler l'intensité des soins en fonction des besoins réels et globaux du patient et dans un dialogue ouvert avec lui. C'est plus efficace que tout rationnement. Les études scientifiques, les guides de bonne pratique sont des outils pour offrir des soins de qualité. Les forums sur l'acharnement thérapeutique permettent des réflexions sur la juste quantité de soins. La Suisse doit continuer son effort pour attirer les jeunes dans les professions de soins, offrir un bon niveau de formation pour faire face à des situations complexes.

ML: Dans cette perspective, pensez-vous qu'une discipline comme la physiothérapie puisse être exclue des prestations obligatoirement à la charge de l'assurance maladie?

PYM: Non, les physiothérapeutes doivent pouvoir facturer leurs prestations à l'assurance maladie comme les autres professionnels de la santé. C'est dans ces moments difficiles où un tel remboursement est remis en cause que la profession doit pouvoir présenter, avec des arguments solides, son apport essentiel à la prise en soins. Je crois que la physiothérapie n'a pas de peine à le faire.

ML: Une étude néerlandaise analysant l'accès direct à la physiothérapie aux Pays-Bas démontre un rapport coût / efficacité nettement supérieur au rapport coût/efficacité dans la situation où le patient est référé au physiothérapeute par le médecin. Pensez-vous que l'accès direct des patients à la physiothérapie soit une option raisonnable dans le futur de notre système de santé?

PYM: Je ne connais pas cette étude. Je pense que les physiothérapeutes doivent comme les autres professionnels de la santé travailler en réseau, favoriser la coordination des soins. Je regrette que les physiothérapeutes ne fassent pas partie des équipes de soins à domicile dans notre canton, comme les médecins d'ailleurs. A l'avenir, les soins de physiothérapie devront peut-être, au vu du vieillissement de la population, se faire plus fréquemment à domicile.

ML: L'ostéopathie est une discipline de santé empirique et pragmatique inscrite dans les lois sur la santé publique de la majorité des cantons suisses depuis peu de temps et qui jouit du privilège du premier recours. Pensez-vous que ces soins seront remboursés un jour dans le cadre de l'assurance maladie de base?

PYM: Les ostéopathes sont trop souvent isolés des autres professionnels de la santé, ils ne participent pas aux réseaux de soins vaudois par exemple. Ils ont, comme vous le soulignez, le privilège du premiers recours, il est dès lors très important de travailler avec les autres professionnels de la santé en collaboration et coordination. Le projet de former les ostéopathes dans une Haute école de Santé, si cela se réalise, peut être une étape vers le remboursement par la LAMAL des prestations.

ML: Merci, Monsieur le Conseiller d'Etat, pour vos réponses et votre contribution à ce « Guest Edito ».

RÉSISTANCE ÉLASTIQUE ET CONTREPOIDS.



Selection Med - Leg Press



MRS
MULTIPLE
RESISTANCE
SYSTEM

**Le Multiple Resistance System permet
5 types différents d'entraînement:**

- Isométrique
- Sans résistance
- Résistance élastique
- Charge traditionnelle à contrepoids
- Charge combinée élastique & contrepoids

Avec ses 23 appareils Selection Med, Technogym offre l'une des lignes de produits les plus étendues pour le secteur médical. Les équipements sont conçus pour la réhabilitation, le fitness et l'entraînement de performance. Avec le concept MULTIPLE RESISTANCE SYSTEM, la nouvelle Leg Press Med combine la résistance élastique avec une charge traditionnelle à contrepoids et permet ainsi de diversifier les types d'entraînement.

www.technogym.ch

Pour informations ou pour demander le catalogue Wellness Collection:

SWITZERLAND - Fimex Distribution SA
Werkstrasse 36, 3250 Lyss, Tel. 032 387 05 05, Fax 032 387 05 15, E-Mail: info@fimex.ch

OTHER COUNTRIES - TECHNOGYM SpA
Ph. +39 0547 650101 Fax +39 0547 650591 E-mail: info@technogym.com



Compliant EEC 93/42 Directive

TECHNOGYM

The Wellness Company

AU COURS DE CETTE ANNÉE 2013 QUI MARQUE LES 30 ANS DE LA REVUE MAINS LIBRES, NOUS AVONS DEMANDÉ À PLUSIEURS ACTEURS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE ET DE L'OSTÉOPATHIE DE NOUS EXPRIMER LEURS VISIONS DE NOS PROFESSIONS DANS 30 ANS. UN GRAND MERCI À EUX DE S'ÊTRE PRÊTER À CETTE RÉFLEXION !

Quelle physiothérapie dans 30 ans ?

« ON DIT QUE LE TEMPS CHANGE LES CHOSES, MAIS EN FAIT LE TEMPS NE FAIT QUE PASSER ET NOUS DEVONS CHANGER LES CHOSES NOUS-MÊMES » ANDY WARHOL

La réorganisation du système de santé a tendance à centraliser les grandes institutions de soins. Ce phénomène engendre un manque de soins dans les régions périphériques. J'imagine que dans 30 ans les physiothérapeutes combleront ce vide en assurant une pratique de première instance. [...] Que diriez-vous d'exercer dans un organisme tel que « Santé-Suisse » pour élaborer des projets nationaux de prévention de la santé pour les enfants (mouvement et nutrition) ou pour les personnes âgées (diminution du risque de chute et qualité de vie) ? [...] Ainsi, ils pourront prétendre à intégrer des équipes de chercheurs, voire soumettre des projets de recherche au Fonds National Suisse de recherche et se les voir attribuer ?

Anne-Gabrielle Mittaz Hager (MSc)

En 2040, notre profession existera toujours. La population aura crû de 25 %, elle sera vieillissante et probablement appauvrie mais encore capable de financer une bonne partie des soins dont elle aura besoin. De tous les marchés, celui de la santé continuera d'exercer un effet positif sur l'économie et sur l'innovation. Les physiothérapeutes comme les médecins seront essentiellement des femmes. Très peu seront encore des praticiens indépendants comme nous les connaissons aujourd'hui. La plupart travailleront dans des centres de soins communautaires où l'on privilégiera l'approche multidisciplinaire.

Michel Helfer, Physiothérapeute, Président de l'ASPI

Grâce aux nouvelles technologies, le physiothérapeute du futur n'utilisera plus ses mains, ne s'encombrera plus de notions d'anatomie, de protocoles, de techniques, puisque que toutes les informations seront à sa demande dans son iPhone 4S. Les réseaux de soins engloberont tous les intervenants de santé au sein du même cabinet. Le patient deviendra le centre d'intérêt commercial puisqu'il paiera les prestations fournies. Ainsi le physiothérapeute aura plus de loisirs, le tarif horaire lui permettant de travailler moins et frais partagés. Il n'y aura plus de convention tarifaire, le prix des prestations étant libre depuis 2025. Les associations n'existeront plus, les contacts se feront via Facebook, Twitter, LinkedIn et par Skyle (Skype deviendra Skyle et sera payant).

Claude Gaston, Physiothérapeute indépendant

Les praticiens se battent sur tous les fronts : augmentation de la valeur du point, libre accès, sauvegarde des domaines de compétences vis-à-vis des autres thérapeutes. [...] Je pense que ce mouvement nous emmène doucement vers plus de responsabilités, de libertés, mais avec une demande équivalente en compétences de la part des thérapeutes. [...] Toutefois, il faudra consentir à investir du temps et des moyens dans la formation académique et trouver une solution pour que les praticiens chevronnés et ayant suivi des formations continues ne soient pas laissés sur le bas-côté. [...] Je ne suis donc pas inquiète pour ma future profession, mais plutôt impatiente de voir comment mes collègues et moi relèveront ces défis !

Simla Saraclar, étudiante physiothérapeute, 3^e BSc

Donc je ne sais pas ce que sera la physiothérapie dans trente ans. Je sais pas contre ce dont je ne voudrais pas. Je ne voudrais pas d'un instrument tellement formalisé, « guide-linéé » et technicisé qu'il ferait obstacle à la créativité. Chaque acte de soin est une création, une co-création avec la personne qui vient nous voir. [...] Mon souhait pour la physiothérapie dans trente ans ? Que les physiothérapeutes conservent leur esprit d'ouverture, leur curiosité et leur soif d'apprendre, leur désir de soigner, et libre à vous d'y ajouter ce qui fait votre envie d'être dans ce métier...

Thierry Smets, Physiothérapeute ASP, Président de Physiovaud

L'évolution probable de notre société a orienté les instances politiques à développer des stratégies auxquelles notre profession, parmi les autres, devra répondre. Les physiothérapeutes devront faire face à des demandes d'intervention croissantes. La pénurie annoncée des médecins obligera les professionnels de la santé à revoir la distribution de leurs tâches. Ainsi, l'autonomie de la profession, déjà effective dans différents autres pays sous la forme d'un accès direct, se concrétisera en Suisse aussi.

Elisabeth Bürge, responsable de la filière physiothérapie de la HEdS Genève

Quelle ostéopathie dans 30 ans ?

L'ostéopathie à l'aube des années 2050... Un temps lointain et proche à la fois, qui marquera les quelques 200 ans de sa « naissance » et confirmera, nous l'espérons, une nouvelle ère de l'ostéopathie en Suisse, un modèle du genre... [...] L'ostéopathie ne pourra plus être qu'empirique... Il faudra qu'elle prouve son efficacité dans un monde économique et social de plus en plus difficile, qu'elle réponde aux exigences de l'Evidence Based Medicine (EBM)... Qu'elle sache en même temps rester créative, novatrice, humaniste... holistique... [...] Privilège extraordinaire également que celui de l'accès direct... Près de mille ostéopathes en Suisse ont montré qu'ils le méritaient... Une nouvelle ère commence?!...

Martine Durussel, Ostéopathe, membre de la Commission internationale d'examen en ostéopathie, membre de la FSO

MAINS
Libres

La boîte à outils !

(idée de *D. Goldman* et *Mains Libres*)



Notre profession est de plus en plus « scientifiée » pourtant on a tous des « trucs » dans nos pratiques qui ne sont pas « evidence based practice » et qui fonctionnent tellement bien!
Créons une boîte à outils, pour nos pratiques professionnelles, pour nos jeunes collègues, pour garder la créativité de notre profession !

Transmettez-nous vos trucs, vos astuces, tout ce qui « marche » sous forme d'un texte illustré ou même accompagné d'une vidéo.
Envoyez vos « outils » à *Mains Libres*, CP 29, 1273 Arzier ou à info@mainslibres.ch

ACUPUNCTURE et CARACTEROLOGIE

La méthode adaptée aux professions médicales

Ludique dans son apprentissage

Logique dans son application

Performant au niveau des résultats

Nouvelles dates : 4 x 4 jours en juin - septembre - décembre 2014 et avril 2015

Infos : A. Rey Lescure – Montreux – www.apcformation.com



“Soulagez
efficacement la douleur
de vos patients avec
la Méthode
Swiss DolorClast®”

MÉTHODE SWISS DOLORCLAST®

→ LA RÉFÉRENCE EN THÉRAPIE
PAR ONDES DE CHOC RADIALES

- > Plus de 10 ans de succès cliniques et sportifs
- > Plus de 9 études randomisées en double aveugle
- > Large spectre d'indications thérapeutiques
- > La Swiss DolorClast® Academy pour vous soutenir

WWW.SWISSDOLORCLASTACADEMY.COM



NOUVEAU EMS IPAD APP !
DISPONIBLE SUR L'APPLE STORE

E.M.S ELECTRO MEDICAL SYSTEMS SA
Chemin de la Vuarpillière 31 | CH-1260 Nyon
Tel. +41 22 99 44 700 | Fax +41 22 99 44 701
welcome@ems-ch.com | www.ems-medical.com



SWISS ALP HEALTH

Offre spéciale
pour physios
et ostéos

info@swiss-alp-health.ch
Tel 021 711 33 11



ExtraCellMatrix – ECM DRINK: La formule complète pour le cartilage, les tendons, les ligaments et la fermeté de la peau.

ExtraCellMatrix – ECM DRINK:

Complément alimentaire avec une haute dose d'hydrolysate de collagène de faible masse moléculaire, sulfate de glucosamine et sulfate de chondroïtine. Acides aminés spécifiques (L-lysine, L-méthionine, L-thréonine). Antioxydants cynorhodon, extrait de melon - Extramel[®], gentiane, edelweiss, vitamines C, D, E, manganèse, cuivre et chrome. Emballage mensuel de 30 sachets.

PHARMACODE 537 67 44

NOUVEAU ExtraCellMax – ECM TABS:

Comprimés avec une composition unique pour le cartilage, les tendons et les ligaments. Emballage mensuel de 120 comprimés. PHARMACODE 567 71 50

Swiss Alp Health a été fondée par des spécialistes des sciences de la vie, souffrant eux-mêmes d'arthrose, avec pour objectif de développer des produits innovants dans le domaine de la mobilité.

Pour du matériel promotionnel, en cas de question ou pour une formation, merci de nous contacter directement: info@swiss-alp-health.ch, Tel: 021 711 33 11



Made in Switzerland
www.swiss-alp-health.ch

Lors d'atteinte à l'appareil locomoteur, le physiothérapeute ou l'ostéopathe est en première ligne!

Le physio-ostéo rencontre dans ses activités professionnelles de nombreuses personnes atteintes de douleurs articulaires, d'arthrose, de tendinites, de déchirures des ligaments. Les exercices adaptés proposés constituent la base des techniques de soulagement des douleurs articulaires. Les adaptations posturales et de modes de vies sont des thèmes centraux abordés par le spécialiste de l'appareil locomoteur qu'est le physio-ostéo.

Le physio-ostéo peut-il proposer une approche complémentaire pour soulager les personnes atteintes de douleurs articulaires?

Le cartilage, les tendons et les ligaments font partie du tissu conjonctif et sont constitués principalement de collagène, de protéoglycanes et de chondrocytes (dans le cartilage). Il est aujourd'hui possible et recommandé de nourrir le tissu conjonctif, de le renforcer et de soutenir sa propulsion à retenir de l'eau. Le but réaliste ne peut en aucun cas être une guérison d'une arthrose, mais une amélioration de la qualité de vie et un ralentissement de la progression des lésions.

La micro-nutrition peut-elle apporter un soutien en parallèle aux exercices adaptés conseillés par le physio-ostéo?

En cas de maladie chronique, la personne atteinte se trouve souvent forcée à prendre des médicaments contre les douleurs à long terme, comportant souvent des effets secondaires indésirables.

La micro-nutrition spécifique pour les articulations, ExtraCellMatrix – ECM DRINK, offre tous les éléments indispensables pour nourrir ces tissus: hydrolysat de collagène de faible masse moléculaire (permettant une bonne absorption intestinale), des acides aminés spécifiques, les sulfates de glucosamine et de chondroïtine (important: à ne prendre que sous forme de sulfate!), de nombreux anti-oxydants naturels aidant à combattre les processus oxydatifs destructeurs, des vitamines et des sels minéraux (contribuant à la formation normale du tissu conjonctif). Il est important de noter que certains produits sur le marché n'offrent que des dosages très bas et surtout trop peu d'éléments nutritifs pour les articulations. La combinaison des ingrédients et leur dosage constituent la réelle force

d'ExtraCellMatrix, avec une dose journalière de plus de 22g de poudre à mélanger dans de l'eau.

Cette micro-nutrition spécifique peut être proposée aux patients atteints de tendinite, de lésion ligamentaire et de douleur articulaires. Nous recommandons une durée initiale de prise quotidienne de 2 à 3 mois. Suite à cette phase initiale, et selon les cas, une prise tous les 2 à 3 jours peut suffire, bien que certaines personnes optent pour une prise quasi-quotidienne à long terme.

Pour les sportifs:

ExtraCellMatrix – ECM DRINK est utilisé par des médecins du sport afin de compléter leur approche envers leurs patients atteints dans leur mobilité. Une micro nutrition adaptée, avec des acides aminés spécifiques et de l'hydrolysat de collagène, peut soutenir la convalescence des sportifs (et autres accidentés de l'appareil locomoteur).

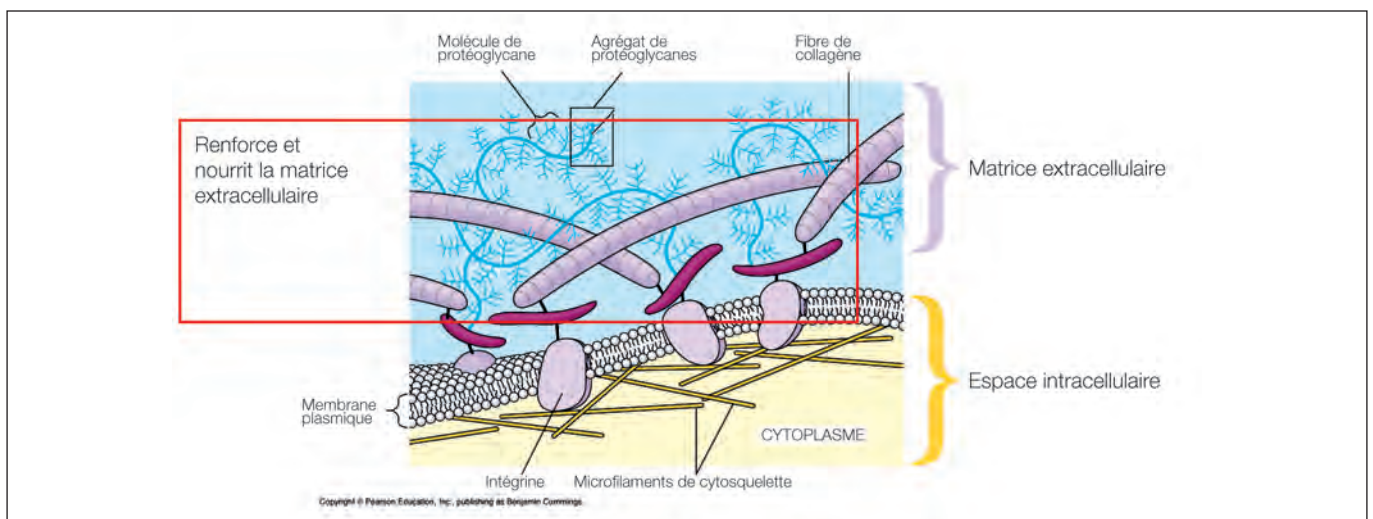
Distribuer soi-même ou recommander ExtraCellMatrix?

ExtraCellMatrix- ECM DRINK est disponible en pharmacie, mais peut également être vendu par le physio-ostéo dans son cabinet s'il le désire, car il est classé comme complément alimentaire. Vous pourriez passer une petite commande de départ (dès une seule boîte) sans engagement à long terme. Si cela rencontrait un écho positif auprès de vos patients, vous pourriez développer cette activité. Une alternative serait de ne commander auprès de nous qu'au cas par cas, lors de demande de patients.

L'avantage de distribuer soi-même ExtraCellMatrix – ECM DRINK, mis à part un gain financier additionnel intéressant, est une fidélisation de vos patients à plus long terme.

**Tous ensemble, nous tendons au même but:
Rester mobile le plus longtemps possible, sans consommer trop de médicaments!**

**Pour toute information, merci de contacter:
info@swiss-alp-health.ch
Tel : 021 711 33 11**



Les pansements venus du Japon sont en général appliqués directement sur les zones à l'origine d'un trouble éventuel. Ces tapes misent sur l'activation des ressources corporelles, sans recourir à des additifs chimiques. En Asie, l'on s'en sert depuis des décennies. Bien qu'ils aient été au départ considérés avec scepticisme, les pansements trouvent aussi en Suisse de plus en plus d'adeptes. Dr N. Kossmann, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, Parkresort Rheinfelden, est un pionnier dans l'utilisation des Aquatitane Tapes.



Phiten se démarque avec ses pansements énergétiques

Rapport d'expérience « Aquatitane Tape »

Monsieur Kossmann, depuis quand connaissez-vous les pansements Aquatitane et comment les avez-vous découverts?

Dr Kossmann: Des patients enthousiastes m'ont conseillé les pansements et les patches à base d'Aquatitane au cours de mes consultations de rhumatologie. Depuis 2009, j'utilise régulièrement les Aquatitane Tapes, vu que mes patients les apprécient considérablement.

Quelles sont les expériences que vous avez faites avec ces pansements?

Dr Kossmann: Depuis 2009, j'ai observé l'utilisation des Aquatitane Tapes (X30) sur plus de 500 patients, et 2/3 d'entre eux ont jugé l'efficacité des pansements bonne voire très bonne. Par ailleurs, il convient de mentionner la bonne adhérence des pansements élastiques ainsi que les rares réactions allergiques constatées par rapport aux versions classiques.

Dans quels cas conseillerez-vous les pansements, ou sur quel type de patients avez-vous constaté des effets positifs?

Dr Kossmann: Les pansements sont conseillés pour toute douleur aiguë ou chronique au niveau des articulations et du dos, les tensions musculaires, les douleurs neuropathiques ainsi que comme soutien en cas d'infiltration intra-articulaire ou de traitement physiothérapeutique. Les Aquatitane Tapes ont également fait leurs preuves auprès de patients qui refusent les mesures invasives (infiltrations ou opérations) ou qui souhaitent réduire les doses d'antidouleurs.



Power Tapes (70 pièces)

N° d'art. XEPT7200 Code Pharma 5378482 PV CHF 19.90

Les Power Tapes sont le produit phare de la gamme Phiten. Imprégnés de particules de titane, ils s'appliquent directement sur la zone à l'origine de tensions. *) A changer tous les 2 à 3 jours pour des raisons d'hygiène.



Aquatitane Tapes X30 (50 pièces)

N° d'art. XEPT7300 Code Pharma 5343443 PV CHF 22.50

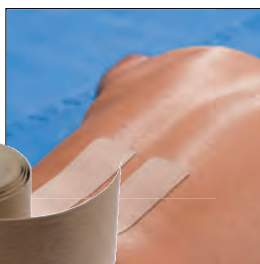
Les fibres de ces pansements ont été imprégnées selon la nouvelle technologie de production X30 (concentration d'Aquatitane 30 fois supérieure), ce qui permet un meilleur transfert énergétique. *)



Aquatitane Tape X30 7 x 10cm (8 pièces)

N° d'art. XEPU0600 Code Pharma 5125321 PV CHF 19.90

Ce modèle est idéal pour les zones vastes ou les groupes de muscles. Grâce à leur prédécoupage pratique, ils peuvent également être coupés en deux pour une application optimale, p. ex., sur le tendon d'achille. *)



Aquatitane Tape X30 5cm x 4.5m

N° d'art. XEPU0500 Code Pharma 5125338 PV CHF 49.00

La forme la plus flexible du pansement. Il peut être apposé sur le dos, autour du genou, sur l'épaule ou encore sous forme de bandage croisé sur la cheville ou la cuisse. Si vous ressentez des tensions dans le bas du dos, le Dr Kossmann conseille d'appliquer le pansement en étoile sur la zone à traiter. *)



Plaidoyer pour une physiothérapie limbique

Partie I: notions conceptuelles

MICHAËL NISAND

Masseur-kinésithérapeute

Responsable de l'enseignement de la Reconstruction Posturale® à l'Université de Strasbourg.

Mots-clés: bipédie, induction normalisatrice, morphologie, musculo-squelettique, tonus

Key words: bipedalism, normalizing induction, morphology, musculo-skeletal, tonus

— RÉSUMÉ —

L'introduction de l'Evidence Based Practice oblige sans cesse à remettre en question les fondements de la physiothérapie. Soigner ne suffit plus, il faut apporter les preuves de l'efficacité des interventions thérapeutiques. Cette efficacité est en grande partie dépendante de l'hypothèse pathogénique de départ. C'est d'elle que découle le principe thérapeutique, lequel exige un outil adapté.

Du fait du grand nombre et de la grande diversité des méthodes et des techniques destinées à traiter les troubles de la statique, la taxinomie des hypothèses existantes s'impose.

Dans cet article, trois grands paradigmes sont abordés. Leurs hypothèses pathogéniques, principes et outils sont exposés et illustrés à travers une pathologie, le spondylolisthésis. Leurs forces et faiblesses sont ensuite analysées. La complémentarité du paradigme émergent de la Reconstruction Posturale®, que l'on peut qualifier de neurogène, est ici évoquée par rapport à deux catégories de la physiothérapie: les paradigmes gravitaire et structurel.

— 1 / INTRODUCTION —

L'introduction de l'Evidence Based Practice (EBP) dans les années 1990, basée sur la recherche systématique de preuves validées, oblige sans cesse à remettre en question les fondements de notre pratique⁽¹⁾. La démarche est cruelle en ce qu'elle focalise sur le verre à moitié vide. Bien que

nul ne songe à nier les résultats positifs obtenus par les physiothérapeutes, l'EBP les relativise en les mettant en perspective avec les échecs. Forcément nous ne souhaitons retenir que nos succès. Forcément elle souligne les insuffisances et... les sanctionne. Soigner ne suffit plus, il faut soigner mieux, de manière plus durable et plus reproductible, autrement dit, rendre la démarche plus pertinente et apporter les preuves de l'efficacité des interventions⁽²⁾. Il y va de l'avenir de notre profession.

Sous le terme générique de « Physiothérapie »⁽³⁾ ont été regroupés des concepts et des techniques destinés à soigner essentiellement ce qu'il est convenu d'appeler « les troubles de la statique ». Il s'agit des pathologies liées à la bipédie: algies, dysfonctions et déformations acquises de l'appareil locomoteur. Ces troubles sont l'épicentre historique de notre art. Ils demeurent notre domaine d'excellence et constituent l'objectif matriciel de toutes les méthodes de physiothérapie et des nombreuses techniques qui s'y rattachent⁽⁴⁾. L'aspect hétérogène, parfois même antinomique de ces techniques peut être perçu comme une richesse, celle de la diversité. Mais il faut aussi envisager que celle-ci puisse être l'indice de ses limites: en médecine, l'existence de techniques multiples pour une pathologie donnée indique qu'aucune d'entre elles n'a fait la preuve de son efficacité. C'est ainsi que, faute d'avoir pu valider ses résultats sur la lombalgie commune ou sur le syndrome du canal carpien, ces soins ne sont plus pris en charge par les assurances aux USA. En France, ils font désormais partis des référentiels opposables. Tous pays confondus et à de rares exceptions près, les occurrences de publications sur des restaurations morphologiques obtenues par physiothérapie sont rares. Or, parce que ce qui est beau fonctionne bien, c'est le rêve de tout physiothérapeute de pouvoir obtenir la correction d'une déformation.

Ce déficit de résultats validés dans les publications est pénalisant et interpelle: ces résultats existent-ils, mais manqueraient de reproductibilité? Ou sont-ils trop rares? Qu'est-ce qui pêche? Pour quelle raison ne serions-nous pas capables de redresser une scoliose ou de guérir des lombalgies chroniques?

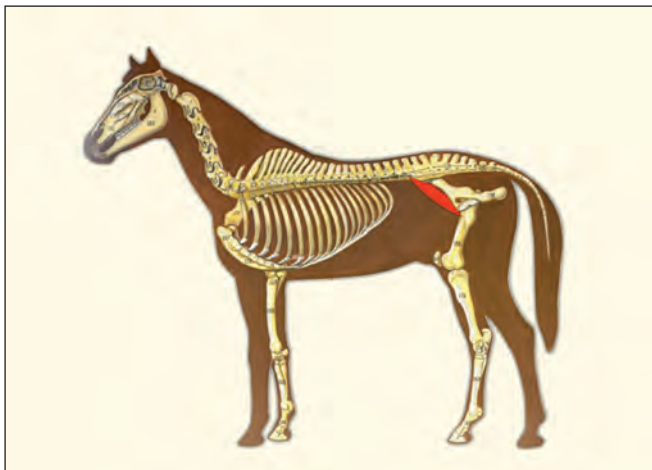
Les gestes thérapeutiques découlent toujours d'une hypothèse pathogénique, c'est-à-dire de la représentation, même inconsciente, que l'on se fait de la cause des maux. C'est donc la remise en question de l'hypothèse pathogénique qui devrait être systématique lorsque les techniques rencontrent des limites, des échecs thérapeutiques. Malheureusement, en lieu et place de cette remise en question, potentiellement douloureuse, on recourt souvent au rideau de fumée de la « pathologie multifactorielle ». En général, cette stratégie d'évitement est suivie par le tir à la chevrotine de « l'approche pluridisciplinaire ». Ainsi remet-on à plus tard de réexaminer les concepts qui sous-tendent les techniques et d'en rechercher les éventuelles failles, erreurs ou insuffisances. Ces insuffisances poussent à explorer d'autres hypothèses qui, à leur tour, vont générer d'autres techniques. On reconnaît un arbre à son fruit: l'objectivation des résultats est devenue le seul argument recevable pour valider une technique, un geste thérapeutique, et par là l'hypothèse pathogénique qui l'a généré.

En physique, la théorie ondulatoire de la lumière (Huygens) ne suffit pas à expliquer et à calculer un certain nombre de phénomènes. La théorie corpusculaire (Newton) semble antinomique, mais en fait, les deux théories se complètent. À elles deux, malgré leurs différences (ou grâce à elles), elles permettent de résoudre les équations les plus improbables.

Si jusqu'ici aucune des hypothèses existantes n'a été déterminante dans le traitement des troubles de la statique, on peut imaginer qu'elles puissent être complémentaires.

— 2 / BIPÉDIE ET TROUBLES DE LA STATIQUE —

Les troubles de la statique sont liés à l'adoption relativement récente de la position bipède, celle-là même qui fait de nous des êtres humains ^(5,6). Utilisée aussi bien par nos ancêtres que par les grands singes actuels, cette aptitude



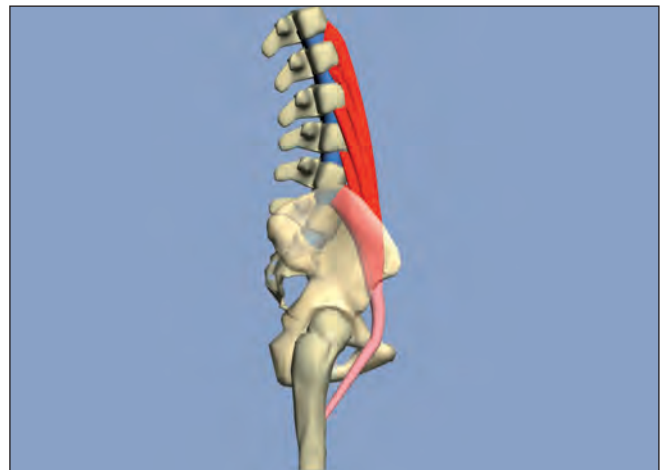
» » Figure 1: chez les quadrupèdes, le psoas se dirige en droite ligne de ses insertions vertébrales à son insertion fémorale

s'est toutefois amplifiée au fil du temps chez les hominidés pour devenir chez les hommes modernes l'unique moyen de locomotion. Cette évolution a modifié et développé la ceinture pelvienne, mais aussi la ceinture scapulaire, ce qui a libéré la main. La verticalisation a aussi favorisé le développement cérébral. La bipédie a fait de nous ce que nous sommes. La place de l'être humain dans le règne animal, c'est d'abord à la bipédie qu'il la doit. C'est ce qui fait dire à Stephen Jay Gould que « l'Homme s'est d'abord mis debout, puis il est devenu intelligent ».

Les premières traces de bipédie remontent à 3,5 voire 6 millions d'années, selon les spécialistes. Il reste qu'elle est récente si on la rapporte à l'échelle paléontologique: le règne des dinosaures sur notre planète a duré près de 200 millions d'années et l'anatomie du requin n'a pas bougé depuis plus de 450 millions d'années.

On peut donc imaginer que cette verticalité de fraîche date présente encore des défauts de jeunesse. Sur le plan neurologique le débogage est en cours, mais des problèmes de circuiterie demeurent. Sur le plan mécanique la tringlerie (os-muscles) nécessite encore des ajustements. Par exemple le psoas qui, lorsque nous étions quadrupèdes, allait en droite ligne du rachis au fémur (fig. 1), doit à présent contourner la ceinture pelvienne (fig. 2). La longueur n'étant pas (encore) disponible, le rachis lombaire a fait un bout de chemin vers le petit trochanter afin d'autoriser la déflexion de la hanche, rendant ainsi possible la station debout: apparition de la lordose lombale et... de ses petites misères propres à la totalité de l'espèce. Autre exemple, le talon du quadrupède (à l'exception des plantigrades) est à mi-hauteur du membre postérieur. Pour utiliser le pied et agrandir ainsi le polygone de sustentation, il a fallu descendre le talon au sol et déplier le genou. Tout cela demande beaucoup de longueur musculaire. Rendez-vous dans 100 millions d'années: il est probable que nous n'aurons plus rien à soigner.

La physiothérapie est la médecine des troubles de la bipédie et, dans cette médecine, les troubles de la statique tiennent une place non négligeable. Mais à quelles raisons attribue-t-on les causes profondes des troubles de la bipédie ?



» » Figure 2: le dépliement de la hanche, en autorisant la station debout, oblige le psoas à contourner la ceinture pelvienne

— 3 / LES TROIS GRANDS PARADIGMES DE LA PHYSIOTHÉRAPIE —

Du fait de la grande diversité des méthodes et des techniques, la taxinomie des hypothèses existantes concernant les troubles de la statique s'impose. Elle met en évidence trois grands paradigmes – gravitaire, structurel, neurogène – et de nombreuses subdivisions. Ce qui suit ne peut donc être exhaustif.

3.1. Le paradigme gravitaire

Hypothèse pathogénique (fig. 3)

Lors de l'observation de déformations acquises majeures (cyphose, scoliose, déformations des membres), le sentiment qui domine est celui d'une asthénie, d'une inaptitude à résister à la pesanteur. C'est en tous cas la conviction de toutes les mamans du monde depuis la nuit des temps : « Tiens-toi droit, fais un effort ! », disent-elles à leurs ados avachis. Et ce faisant, elles formulent l'hypothèse pathogénique native concernant les troubles de la statique.

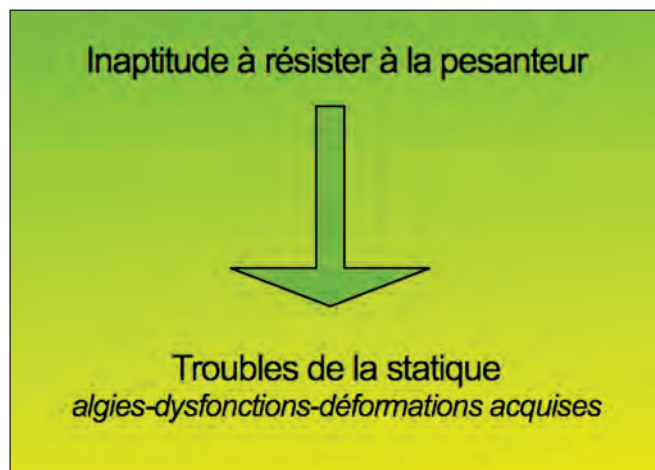
La physiothérapie moderne a adhéré à cette vision sans même s'en rendre compte : nos misères, nos troubles de la bipédie, nos douleurs et nos déformations seraient les conséquences directes de notre paresse, une sorte de sanction pour notre impuissance ontologique à résister à la délétère pesanteur. La constance de la contrainte gravitaire fait de la verticalité une lutte permanente. Il suffit que cette lutte soit défaillante pour que l'ennemi gravitaire s'engouffre dans la brèche et qu'apparaissent les premiers troubles de la statique.

Principe thérapeutique

Le principe qui découle de cette hypothèse est de favoriser la contractilité musculaire.

Outil thérapeutique

Il s'agit d'un vaste ensemble de techniques propres à renforcer des muscles prétendument trop faibles. Par exemple,



» » Figure 3 : hypothèse pathogénique du paradigme gravitaire : la force conditionne la fonction

les techniques de contrôle, co-contraction, stabilisation et renforcement musculaire, indiquées dans le traitement et la prévention des lombalgies pour gagner la zone lombo-abdomino-pelvienne ⁽⁷⁾.

Forces :

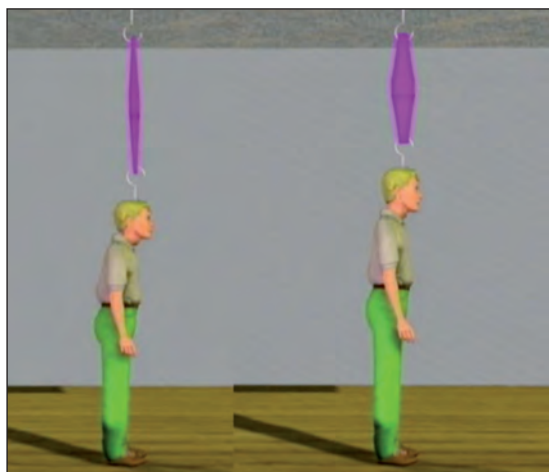
- le paradigme gravitaire est le courant conceptuel dominant, le dénominateur commun subconscient de la gymnastique médicale aussi loin que l'on puisse remonter dans l'évolution historique de la réflexion physiothérapique ⁽⁴⁾;
- en faisant appel à la contractilité le patient participe activement à un traitement dont la justification relève de l'évidence, tant elle est en phase avec le courant sociétal actuel exaltant l'effort personnel et célébrant l'autogestion.

Faiblesses :

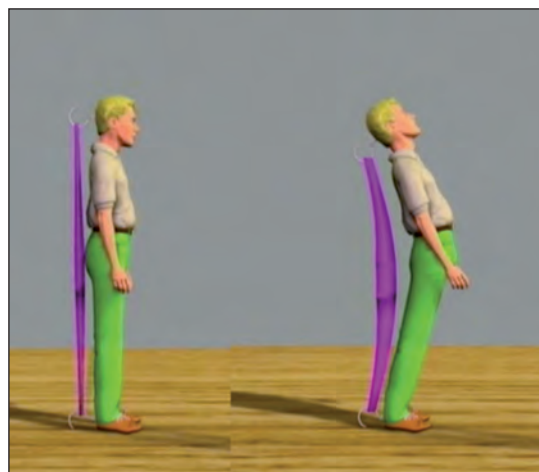
- en l'absence de pesanteur il n'y a pas de verticalité et la bipédie est impossible : les spationautes souffrent de lombalgies en impesanteur et on n'a jamais réussi à faire pousser un plan de tomates dans un vaisseau spatial. L'homme est devenu homme parce qu'il a su exploiter la pesanteur pour s'ériger, et non parce qu'il l'aurait vaincue. Il a besoin de la gravité comme le lierre a besoin du mur ;
- le muscle, quel que soit le stimulus, ne sait répondre que par le rapprochement de ses insertions. En conséquence, pour qu'un muscle puisse redresser le rachis, pour qu'il puisse nous grandir, il faudrait qu'il soit fixé au crâne d'un côté et au plafond de l'autre (fig. 4). La résultante des forces des para-vertébraux qui tend vers la lordose totale (opisthotonos) est assimilable à une force de tassement-écrasement. Les puissants muscles spinaux peuvent faire de la postéro-flexion, ils peuvent faire de la latéro-flexion, ils peuvent faire de la rotation, mais ils ne peuvent nous grandir (fig. 5) ⁽⁸⁾. Le concept de muscles « érecteurs rachidiens » est donc source de confusion ;
- sur l'homme debout au repos les machines d'électromyographie ne détectent quasi aucune activité musculaire contractile ^(9, 10). Pas plus que sur la nuque du cheval : une tête de 10kg au bout d'un cou de presque un mètre et... pas de contraction musculaire ⁽¹¹⁾. Il en est de même de tout ce qui s'érige dans le règne animal comme dans le règne végétal. La contractilité musculaire est sollicitée lors du mouvement, de l'activité sous toutes ses formes, mais ce que l'étude des tracés électromyographiques démontre, c'est que la contractilité musculaire n'est pas en charge de notre statique (fig. 6).

Dans le paradigme gravitaire :

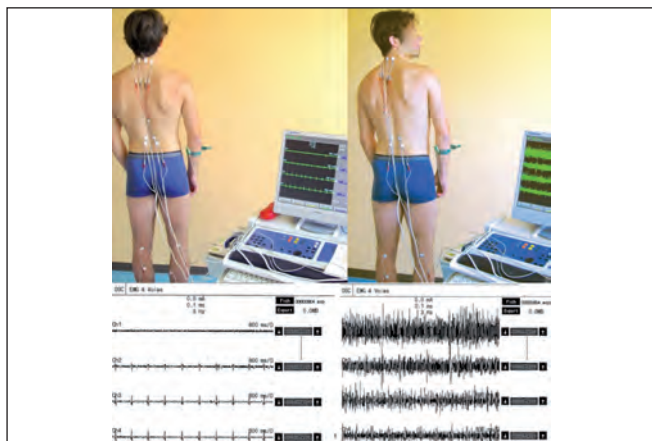
- la force musculaire conditionne la fonction ;
- l'agent pathogène est exogène (la pesanteur) ; ses répercussions sont d'emblée musculaires et secondairement ostéo-articulaires ;
- la contractilité musculaire est exploitée à la fois comme moyen et comme but.



» » Figure 4: pour qu'un ensemble de muscles puisse nous ériger, il faudrait qu'il soit fixé au crâne d'un côté et au plafond de l'autre



» » Figure 5: la résultante des forces des muscles paravertébraux, assimilable à une force de tassement-écrasement, tend vers la lordose totale, l'opisthotonos



» » Figure 6: au repos, il n'y a pas d'activité musculaire contractile (EMG-silence). Par contre, celle-ci est évidente sur une rotation céphalique droite, en particulier, sur les muscles cervicaux et paravertébraux droits (ligne a et c, du haut vers le bas)

3.2. Le paradigme structurel

Deux courants principaux peuvent être distingués. Pour l'un c'est la structure qui conditionne la fonction alors que pour l'autre, c'est la forme.

3.2.1. La structure conditionne la fonction

Hypothèse pathogénique (fig. 7)

Le champ d'application de la très ancienne tradition populaire rurale du reboutement destiné à remettre les membres démis, à réduire les luxations et les fractures, s'est étendu aux troubles de la statique par l'apparition dans le domaine médical de nombreuses méthodes de thérapie manuelle (chiropraxie, étio-pathie, ostéopathie, etc.). Dans cette hypothèse les dysfonctionnements vertébraux appelés dérangements intervertébraux mineurs (DIM) ⁽¹²⁾ jouent un rôle important dans les troubles de la statique. Ces dérangements sont à l'origine de restric-

tions de la mobilité articulaire et perturbent la fonction. De nature mécanique et réversible, ils sont indépendants de l'état radiologique du segment considéré. Des modifications tissulaires et musculaires à distance (cellulalgies, myalgies, ténalgies) transmises par les branches postérieures des nerfs rachidiens seraient secondaires au dérangement intervertébral.

Principe thérapeutique

Le principe qui découle de cette hypothèse est de réajuster les structures anatomiques pour restituer la mobilité articulaire.

Outil thérapeutique

Certaines techniques de mobilisations spécifiques (Maitland, Kaltenborn, Sohler, etc.) mobilisent passivement l'articulation au-delà de l'amplitude limitée pour récupérer l'amplitude anatomique sans jamais la dépasser ⁽¹³⁾.

D'autres techniques de manipulations s'en distinguent par une mobilisation en force d'une articulation, ou d'un ensemble d'articulations qui entraîne un déplacement sec et rapide de faible amplitude ^(14, 15).

Force

Il s'agit d'une approche plus holistique dans la mesure où le dérangement d'un seul étage vertébral engendre une hypomobilité articulaire susceptible d'atteindre les articulations adjacentes, ce qui incite à rechercher la perturbation structurelle originelle ⁽¹⁶⁾.

Faiblesses:

- les dérangements intervertébraux n'ont jamais été objectivés par l'imagerie. Leur sémiologie est donc exclusivement clinique ⁽¹⁷⁾;
- les répercussions sur le système musculaire seraient secondaires aux dérangements articulaires. Deux remarques s'imposent:

- si les activités de la vie quotidienne suffisent à provoquer ces dérangements, pour quelle raison une vertèbre qui se serait « déplacée » dans un sens à l'occasion d'un mouvement anodin ne pourrait-elle faire le même chemin en sens inverse ?
- sur chaque vertèbre s'insèrent une vingtaine de muscles. On peut imaginer, en amont de la malposition, la contracture d'un seul de ces muscles. Dès lors, le geste thérapeutique fondamental pourrait être d'ordre musculaire pour un effet ostéo-articulaire.

Dans ce paradigme structurel :

- la structure conditionne la fonction;
- l'agent pathogène est endogène; ses répercussions sont d'emblée ostéo-articulaires et secondairement musculaires.
- la contractilité musculaire n'est pas exploitée.

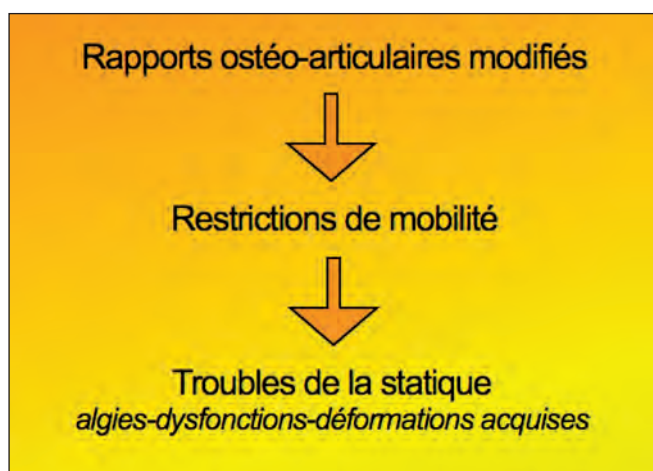
3.2.2. La forme conditionne la fonction

Hypothèse pathogénique (fig. 8)

Les douleurs et les dysfonctions seraient consécutives aux déformations lesquelles seraient générées par un raccourcissement perpétuel d'ensembles musculaires agencés en chaînes. Françoise Mézières, inventeur du concept de « chaîne musculaire » définit une chaîne comme un ensemble de muscles de même direction, poly-articulaires aux insertions intriquées se recouvrant comme les tuiles sur un toit. En permanente rétraction, les chaînes obligent le corps à se tordre dans les trois plans de l'espace, l'éloignant ainsi de sa forme normale. C'est l'hypothèse pathogénique de la méthode Mézières ^(18, 19).

Principe thérapeutique

Rendre aux chaînes musculaires leur longueur normale par une sorte de stretching global restaurerait la morphologie normale et par là, rétablirait la fonction.



» » Figure 7: hypothèse pathogénique du paradigme structurel: la structure conditionne la fonction

Outil thérapeutique

L'outil spécifique est la « contraction isométrique excentrique ». Il consiste à positionner les chaînes en course externe, puis à solliciter leur contraction sans autoriser leur raccourcissement. Les chaînes se contractent, essaient de rapprocher leurs insertions, n'y arrivent pas et donc, s'allongent.

Une certaine plasticité de la matière musculaire in vivo est postulée.

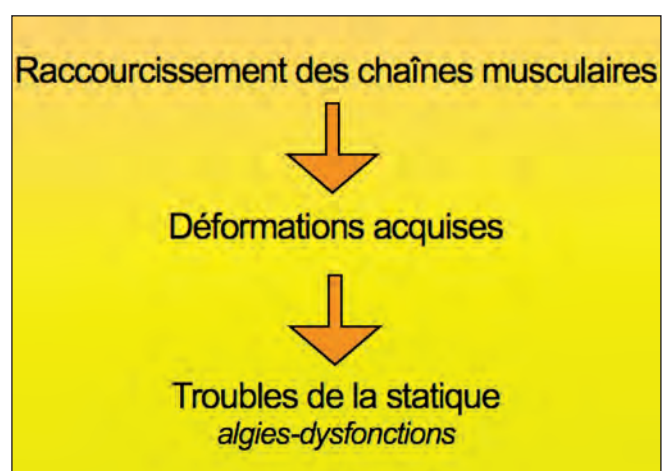
Sans le savoir, Mézières a réinventé le principe du « muscle energy » de l'ostéopathe américain Mitchell au début de XX^e siècle ⁽²⁰⁾.

Forces :

- le concept de chaînes musculaires, qui assimile le corps humain au modèle du pantin (versus celui de la poupée cher à la physiothérapie analytique), permet d'appréhender le corps dans son intégralité et rétablit une réalité physiologique;
- l'utilisation d'un référentiel morphologique, indemne de toute déformation (parangon), est à l'origine d'une rééducation que l'on peut qualifier de morphologique et de normative. Elle débouche sur la notion de réversibilité des déformations et donc de restauration de la morphologie normale.

Faiblesses :

- selon les scientifiques les muscles rachidiens profonds ne peuvent pas être raccourcis et s'ils l'étaient il ne serait pas possible de les étirer sur le vivant ^(21, 22);
- si la douleur est provoquée par une déformation, comment expliquer qu'il n'a jamais été possible de corrélérer la douleur du lombalgique avec une quelconque déformation ^(23, 24). Il en est de même des scoliotiques pour lesquels, dans la première moitié de la vie, les rachialgies ne sont ni plus importantes, ni plus fréquentes que dans la population dite indemne ^(25, 26).



» » Figure 8: hypothèse pathogénique du paradigme structurel: la forme conditionne la fonction

Dans ce paradigme structurel :

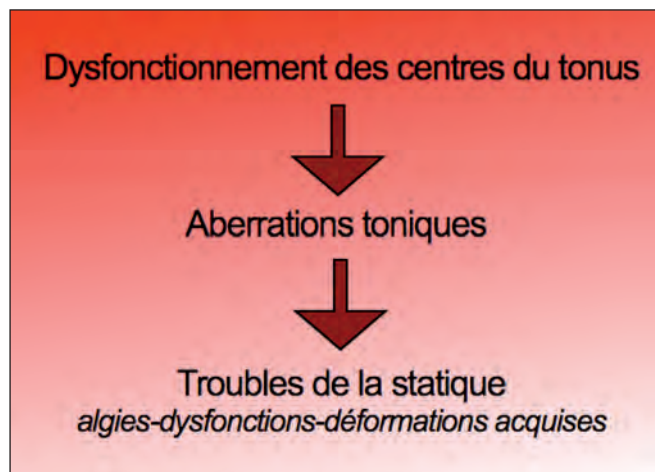
- la forme conditionne la fonction;
- l'agent pathogène est endogène; ses répercussions sont d'emblée musculaires et secondairement ostéo-articulaires;
- la contractilité musculaire est exploitée à la fois comme moyen et comme but;
- la plasticité musculaire est postulée.

3.3. Le paradigme neurogène

Hypothèse pathogénique (fig. 9)

Sur l'homme debout au repos, que le sujet soit ou non déformé, il n'y a aucune activité musculaire contractile ^(11, 12). En l'absence d'influences externes, au repos, la seule dépense énergétique est celle que nécessite le verrouillage de quelques articulations pour assurer le maintien du centre de gravité à l'intérieur du polygone de sustentation. La position debout est donc assimilable à une position d'équilibre, ce qui explique qu'elle soit remarquablement sobre sur le plan énergétique ^(11, 12). La contractilité n'étant pas en charge de notre verticalité, les troubles de la statique ne peuvent donc lui être imputés. Seul le tonus postural, c'est-à-dire l'agencement en temps réel des tonus individuels des quelques 300 muscles impliqués dans la statique, peut en être responsable.

Les troubles de la statique seraient consécutifs à des dérèglements du tonus ayant comme origine un dysfonctionnement des centres régissant le tonus postural. La caractéristique principale des dérèglements du tonus est la permanence: les contraintes anormales s'exercent 24h/24 et 365j/365. À la longue, aucune structure ne peut résister: elles se tordent (apparition de déformations tridimensionnelles comme la scoliose idiopathique), elles cassent parfois (spondylolisthésis), elles se dégradent souvent (dégénérescence discale, arthrose).



» » Figure 9: hypothèse pathogénique du paradigme neurogène: le tonus conditionne la fonction, la forme, la structure

Principe thérapeutique

Le principe qui découle de cette hypothèse est de normaliser le tonus postural, ce qui passe par la régulation de l'activité des centres responsables.

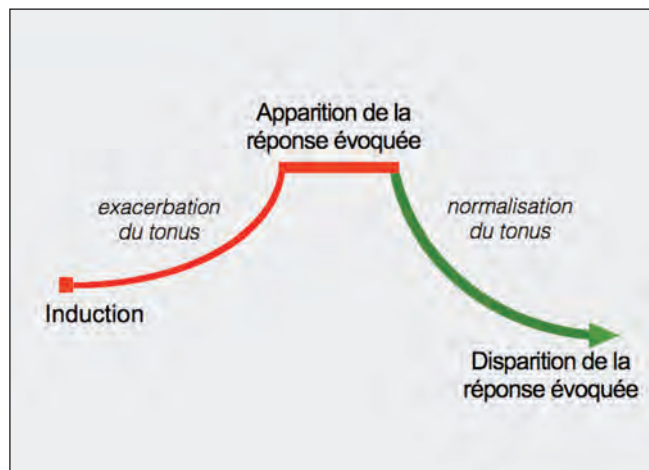
Outil thérapeutique

Un outil adapté appelé induction normalisatrice a été inventé pour implémenter ce principe ⁽²⁷⁾. Cet outil définit un ensemble de techniques propres à une méthode, la Reconstruction Posturale® ⁽²⁸⁾.

Son invention découle des observations suivantes:

- la régulation du tonus postural est assurée par des centres nerveux sous-corticaux localisés essentiellement dans l'hypothalamus ⁽²⁹⁾. Ce qui signifie qu'il n'est pas géré par la conscience, pas plus que la tension artérielle ou la diurèse;
- depuis Laborit ⁽³⁰⁾, on sait que l'information circule à sens unique de la profondeur vers la superficie entre le cerveau limbique (vie végétative, tonus) et le néocortex (conscience, volonté): le cerveau sous-cortical délivre des informations (stimulations et/ou inhibitions) au néocortex, mais il est absolument imperméable à tout ce que ce dernier pourrait prétendre lui imposer. En d'autres termes, la volonté, l'éducation, l'apprentissage, la proprioception n'ont aucune influence directe sur les centres du tonus.

Dans ce paradigme, c'est aux centres régulateurs du tonus qu'il faut s'adresser. Du fait de la circulation à sens unique de l'information, l'outil ne peut donc avoir qu'un mode d'action indirect: la contractilité est exploitée ici comme déclencheur du processus neurogène pour atteindre les centres du tonus.



» » Figure 10: on distingue à l'induction normalisatrice trois séquences successives:

- une induction: un mouvement spécifique volontaire qui déclenche le processus neurogène;
- ce processus fait apparaître des réponses évoquées involontaires: c'est le critère de validité du geste thérapeutique;
- ces réponses s'épuisent progressivement: c'est le critère d'arrêt du geste thérapeutique.

L'induction normalisatrice peut être démembrée en trois séquences successives (fig. 10):

- l'induction: un mouvement spécifique faisant appel à la contractilité provoque, à distance, une réaction involontaire et non maîtrisable par le patient. Cette réaction est appelée « réponse évoquée ». Parce qu'on lui attribue une origine sous-corticale, son apparition valide le geste;
- sur le maintien de l'induction, cette réponse évoquée perdure quelques minutes: c'est la phase d'état;
- puis, elle s'épuise progressivement: c'est la phase résolutive. Parce que cette phase est interprétée comme une normalisation du tonus, elle sert de critère d'arrêt.

Forces:

- l'hypothèse pathogénique est convergente avec les observations électrophysiologiques (pas d'activité électrique en position debout) ^(11, 12);
- elle converge aussi avec le modèle tenségritaire ^(31, 32);
- le processus de l'induction normalisatrice et son mode neurogène de fonctionnement est objectivable cliniquement en pratique quotidienne;
- ses résultats sur les troubles de la statique (lombalgies chroniques, syndrome du canal carpien, scoliose, cyphose, genu varum, etc.), sont présents dans la littérature ⁽³³⁻³⁷⁾;
- le mode d'action neurogène de l'induction normalisatrice a été validé:
 - quant à son action sur le tonus. Une ERC a mis en évidence par le réflexe de Hoffmann ⁽³⁸⁾ une diminution de l'excitabilité du pool des motoneurons alpha du soléaire pendant l'implémentation d'une induction normalisatrice appliquée au niveau du rachis cervical. La différence avec le groupe témoin (48 sujets sains par groupe) était statistiquement significative. Les résultats de cette ERC seront publiés prochainement. Ils valident un mode d'action par plasticité neuronale.
 - quant à son action sur les patterns d'activation cérébrale. Une étude randomisée contrôlée (ERC) a mis en évidence par tomoscintigraphie cérébrale sur un échantillon de 8 volontaires sains des modifications durables des patterns d'activation cérébrale sur un mouvement de dorsiflexion de la cheville droite. Durant la phase d'intervention (3 mois de traitement) le mouvement de dorsiflexion n'avait pas été exercé sur la cheville droite. Un article sur cette ERC a été soumis pour publication. Sa faisabilité avait été préalablement évaluée sur 3 volontaires sains: des différences inter-individuelles substantielles ont été objectivées (fig. 11). Ces essais valident un mode d'action par plasticité cérébrale.

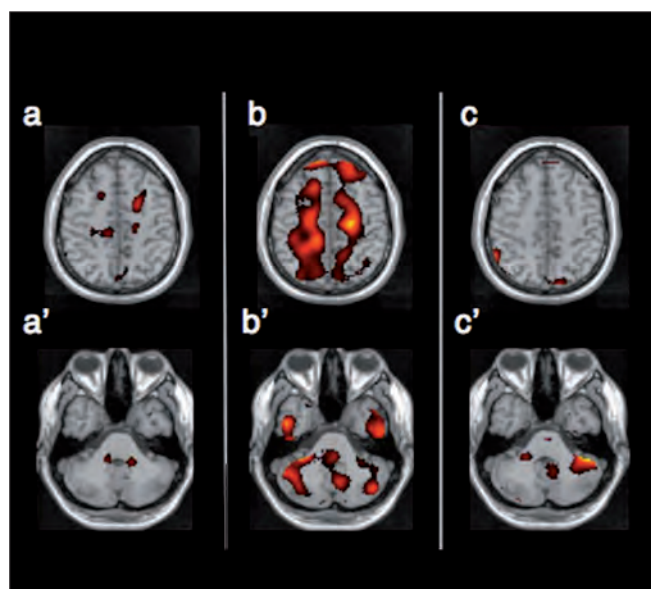
Faiblesses:

Les influx, en provenance des centres sous-corticaux responsables du tonus sont transmis par la moelle via le tronc cérébral, puis ils sont relayés par les nerfs périphé-

riques jusqu'à la plaque motrice. Mais au niveau du muscle, son mode d'action reste inconnu. Parce qu'il est impossible de mesurer un processus dont on ne connaît pas la nature il n'y a aucun instrument pour quantifier le tonus. Le réflexe de Hoffmann, utilisé pour valider le mode d'action neurologique de l'induction normalisatrice sur le tonus, est une mesure indirecte. Cependant, la communauté scientifique internationale s'accorde sur la validité de cet outil. Il reste qu'un meilleur niveau de connaissances fondamentales sur la nature de ce qui fait de nous des êtres humains, le tonus postural, générerait probablement des techniques plus pertinentes et plus efficaces.

Dans le paradigme neurogène:

- le tonus conditionne la fonction, la morphologie et la structure;
- l'agent pathogène est endogène; ses répercussions sont d'emblée musculaires et secondairement ostéo-articulaires;
- la contractilité musculaire est exploitée exclusivement comme déclencheur du principe actif;
- l'impact sur le tonus postural de l'outil thérapeutique est validé;
- l'impact sur la plasticité cérébrale est validé.



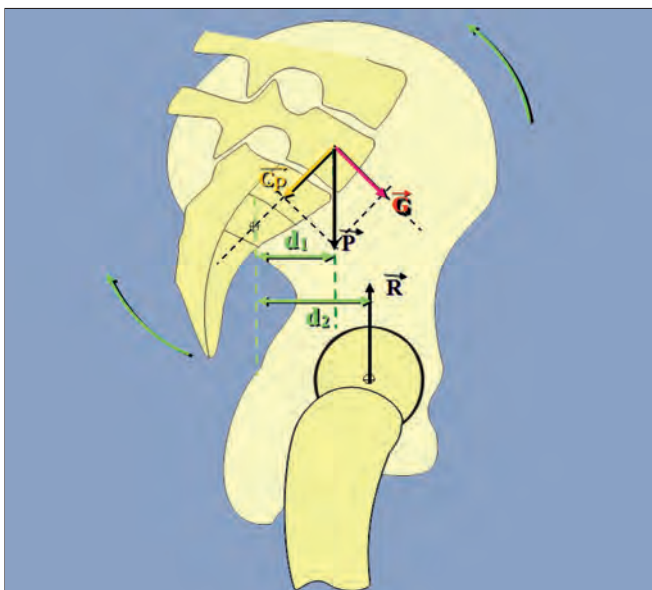
» » Figure 11: différences sur 3 sujets volontaires sains (indemnes de pathologies du système nerveux central) des patterns d'activation du mouvement de dorsiflexion de la cheville droite. De la superficie (cortex, a b c) vers la profondeur (au niveau des globes oculaires a' b' c'):

- a) sujet naïf: il n'avait jamais entendu parler de la Reconstruction Posturale® entouré;
- b) sujet en cours de traitement de Reconstruction Posturale® entouré;
- c) sujet ayant arrêté son traitement depuis 6 ans.

— 4 / APPLICATION AU SPONDYLOLISTHÉSIS —

L'articulation de la « vertèbre pelvienne » avec la vertèbre sus-jacente est le siège d'une pathologie à forte prévalence: le spondylolisthésis ⁽³⁹⁾. Cette pathologie peut être appréhendée à travers les trois grands paradigmes:

- dans le paradigme gravitaire, la fracture des isthmes est attribuée à la combinaison entre une faiblesse constitutive de la zone et un mauvais alignement par rapport à la ligne de gravité (fig. 12). D'où une vulnérabilité supplémentaire à ladite gravité. Dès lors, le geste thérapeutique ne peut consister qu'à gagner musculairement pour tenter de stabiliser la zone et/ou à tutorer chirurgicalement la tige défaillante ^(40, 41);
- dans le paradigme structurel, l'accentuation de la lordose lombaire est perçue comme responsable de la fracture des isthmes. Les options préconisées sont: réduire la lordose par des étirements des muscles péripelviens raccourcis; mobiliser les articulations intervertébrales à distance de la lésion, au-dessus et en-dessous de la fracture et/ou les articulations sacro-iliaques ^(42, 43);
- dans le paradigme neurogène, l'examen de l'environnement musculaire plaide en faveur de l'implication du psoas, non comme outil de stabilisation, mais comme agent pathogène (fig. 13): ses insertions sur les faces latérales des vertèbres lombales, mais surtout sur les disques (à l'exception du disque L5-S1), explique qu'il ait, avec un point fixe inférieur, une action lordosante. Son insertion sur le petit trochanter explique qu'il puisse, avec un point fixe supérieur, être fléchisseur de la hanche. Enfin, la décomposition des forces en regard de sa réflexion pelvienne met en évidence son aptitude à provoquer une translation postérieure de la ceinture pelvienne (points fixes supérieur et inférieur) ⁽⁴⁴⁾. Le



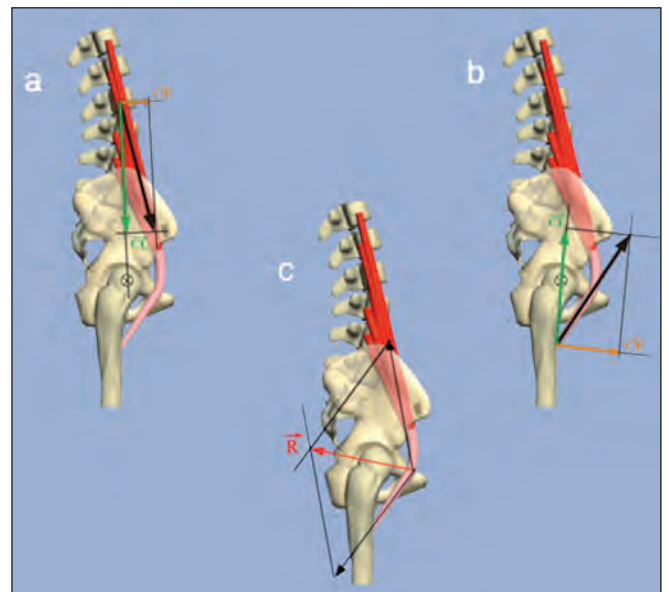
» » Figure 12: le mauvais alignement du rachis lombal sur le sacrum du fait du recul du bassin, augmente les contraintes de cisaillement sur la jonction L5-S1 le plus souvent.

psoas pousse donc le bassin vers l'arrière tout en tirant le rachis lombal vers l'avant, engendrant ainsi une force de cisaillement qui s'exerce à la jonction des deux entités: L5-S1. À cela il faut rajouter les paravertébraux. Réputés être érecteurs, ils ne sont que de puissants postéro-fléchisseurs: véritables cordes à l'arc lombaire, ils poussent le bois (les vertèbres) vers l'avant, quel que soit le point fixe (fig. 14a).

À ces deux influences cranio-caudales (psoas, paravertébraux lombaires) qui tendent à antéverser la ceinture pelvienne, il faut rajouter une influence caudo-crâniale en provenance des ischio-jambiers qui tendent, par traction sur les ischions, à rétroverser la ceinture pelvienne (fig. 14b). De ce conflit d'influences contraires résultent des forces supplémentaires de cisaillement s'exerçant sur les isthmes, ceux de L5 le plus souvent.

L'os dense des isthmes résiste fort bien aux contraintes liées à la contractilité musculaire et même à d'importantes surcharges pondérales. Il en est de même des disques, plus résistants aux contraintes mécaniques que les corps vertébraux. Par contre, rien ne peut résister à la longue aux dérèglements du tonus postural. Lorsque l'environnement musculaire péripelvien est hypertonique, même les tiges en titane finissent par casser (fig. 15): le mou l'emporte sur le dur, l'eau finit toujours par gagner. En tourbillonnant toujours au même endroit, elle finit par trouer la roche.

Dès lors, le geste ne peut consister qu'à tenter de modifier à la baisse le tonus des muscles responsables, via une action normalisatrice sur les centres supérieurs ⁽⁴⁴⁾. Dans le cadre d'un paradigme utilisant l'induction normalisatrice, la contractilité n'est utilisée que comme déclencheur d'un principe actif d'ordre neurologique.

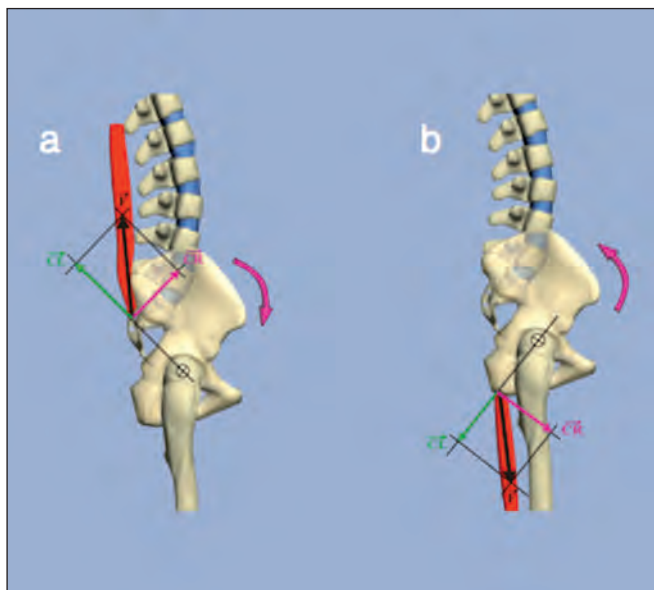


» » Figure 13: les actions du psoas dans le plan sagittal: a) action lordosante du rachis lombal avec un point fixe inférieur; b) flexion de la hanche avec un point fixe supérieur; c) translation postérieure de la ceinture pelvienne avec un point fixe supérieur et un point fixe inférieur.

— 5 / COMPLÉMENTARITÉ DES DIFFÉRENTS PARADIGMES ÉTUDIÉS —

Bien qu'elles apparaissent antinomiques, ces conceptions sont probablement complémentaires :

- les effets du renforcement musculaire ont été montrés sur les algies et sur la fonction. Mais est-ce réellement le gain de force qui en est à l'origine ? Pour Lederman ⁽⁴⁵⁾, les influences thérapeutiques des exercices de stabilisation de la zone lombo-abdomino-pelvienne seraient davantage liées aux exercices qu'à leurs effets sur la stabilité. Pour cet auteur, ces derniers seraient discutables : le renforcement des muscles du dos ne préviendrait ni ne réduirait la récurrence des algies et pourrait même potentiellement endommager le rachis ;
- les effets des thérapies manuelles sont évidents mais la répétition des gestes n'est pas sans évoquer les Danaïdes, condamnées à remplir indéfiniment la même amphore percée ;
- les effets des étirements sont vécus comme positifs, mais les restaurations morphologiques attendues (la forme conditionne la fonction) sont absentes de la littérature ;
- les effets sur les troubles de la statique des inductions normalisatrices sont largement présents dans la littérature grise (www.reconstruction-posturale.com), plus discrètement dans les revues référencées ^(33,34). Malgré un effort important, il y a encore trop peu de publications. Mais cette méthode, récente par rapport aux caciques de la physiothérapie, n'en est qu'à ses débuts et son évolution est constante. Unique par son hypothèse pathogénique, par son outil thérapeutique et par ses résultats prometteurs, cette méthode n'est pourtant pas aboutie, ce qui peut être potentiellement anxiogène pour un physiothérapeute.



» » Figure 14 : conflits d'influences contraires des paravertébraux lombaires et des ischio-jambiers : a) antéversion pelvienne du fait de l'effet lordosant des spinaux ; b) rétroversion pelvienne par traction vers le bas des ischio-jambiers.

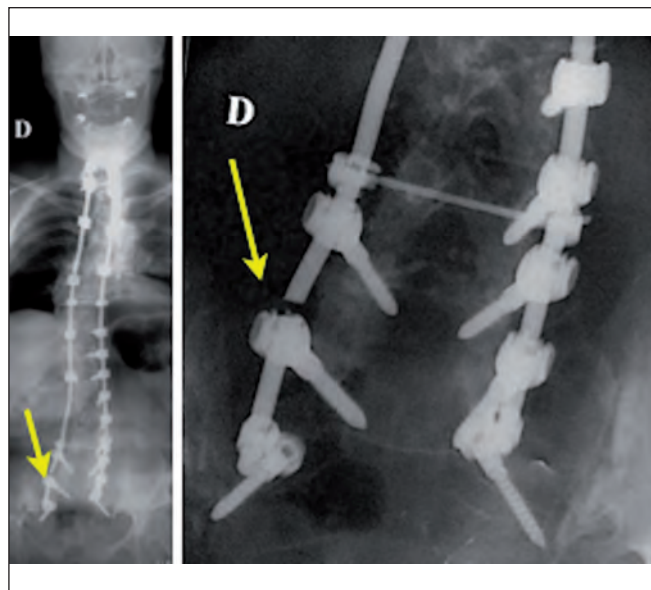
La formation universitaire débouche sur une pratique hétérodoxe. Individuelle, elle ne nécessite aucun matériel particulier et exclut tout mode auto-administré. Elle est cependant très exigeante tant pour le thérapeute que pour le patient, ce qui peut constituer un handicap dans une société où la santé est devenue un droit.

— 6 / EN CONCLUSION —

La faiblesse des publications, seul vecteur de validations à l'ère de l'EBP, est un réel problème de survie pour notre profession. Il y a probablement plusieurs composantes à ce déficit : la méthodologie, la lecture critique et la recherche de l'information n'ont été intégrées que récemment et de manière encore embryonnaire au cursus d'études en physiothérapie. On pourrait donc espérer combler ce déficit dans les années à venir et voir apparaître de nombreuses études validant des techniques de physiothérapie sur les troubles de la statique.

Cependant, les résultats tant attendus ne pourront voir le jour que dans la mesure où les hypothèses pathogéniques à l'origine des techniques utilisées seront pertinentes. La composante musculaire des troubles de la statique n'a jusqu'ici été explorée et exploitée que dans son « volet contractile ». Le « volet tonus » n'a été exploré que sur les patients présentant des lésions du système nerveux central.

De ce fait le paradigme neurogène est porteur d'espoir. Les décennies à venir sont prometteuses en ce que les limites de la physiothérapie peuvent s'en trouver repoussées. L'évolution tendancielle de la physiothérapie à l'échelle de la planète semble conduire à l'intégration du limbique et du tonus postural. La physiothérapie de demain sera limbique ou ne sera pas.



» » Figure 15 : même les tiges en titane, qui résistent en laboratoire à des contraintes bien plus importantes que la simple pesanteur, ne résistent pas à la permanence des dérèglements du tonus postural.



Remerciements à Christian Callens pour les illustrations.

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts.

— CONTACT —

Michaël Nisand
14, rue Wimpheling
F-67000 Strasbourg
E-mail : m.nisand@free.fr
Site : www.reconstruction-posturale.com

— RÉFÉRENCES —

1. Paolaggi JB, Coste J. L'évidence-based medicine ou la médecine basée sur les faits prouvés in « Le raisonnement médical de la science à la pratique ». Ed Estem. 2001. Chapitre 11. p141-45.
2. Regnaud JP, Guay V, Marsal C. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinesither Rev* 2009;(94):55-61.
3. American Physical Therapy Association: Guide to Physical Therapists practice. Second Edition. Physical Therapy 2001;81:9-744.
4. Remondière R. Histoire des savoirs et des pratiques en kinésithérapie. Kinésithérapie-médecine physique-réadaptation [26-005-a-20].
5. Morvan G, Wybier M, Mathieu P, Vuillemin V et Guerini H. Clichés simples du rachis : statique et relations entre rachis et bassin. *J Radiol* 2008;89:654-66.
6. Morvan G, Vuillemin V, Guerini H et al. L'homme debout. Imagerie. Le système EOS Imaging of the standing man. EOS system. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2013, 12 (2) : 006-017.
7. Akuthova V, Ferreira A, Moore T, Fredericson M. Core stabilité exercice principes. *Curr Sports Med Rep*. 2008. Feb;7(1):39-44.
8. Graf S, Nisand M, Callens C, Jesel M. L'autograndissement rachidien existe-t-il ? Étude biométrique portant sur 19 cas. *Ann Kinésithér* 2001; 28:38-46.
9. Vandervael F. Analyse des mouvements du corps humain. Paris: Maloine; 1966. p. 105-16.
10. Joseph J. Man's posture, Electromyographic studies Ch. C. Thomas, Ed., Springfield Illinois, 1960.
11. Le Coeur Pol. Le muscle, la fonction musculaire in « Médecine de Rééducation ». Grossier A, Held J.P. Flammarion, Paris, 1981, p. 57.
12. Maigne R. Sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs. *Ann Med Phys* 1972;15:277-289.
13. Ghossoub P., Dufour X., Barette G., Montigny J.-P. Mobilisations spécifiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-071-A-10, 2009.
14. Dufour M, Gedda M. Dictionnaire de kinésithérapie et réadaptation. Paris: Maloine; 2007.
15. Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Paris: Expansion Scientifique Française; 1989.
16. Christi Ghossoub P., Dufour X., Barette G., Montigny J.-P. Mobilisations spécifiques. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-071-A-10, 2009.
17. Delavierre D, Rigaud J, Sibert L, Labat JJ. Approche symptomatique des douleurs pelvipérinéales chroniques projetées et syndrome de Maigne. *Prog Urol*, 2010, 20, 12, 990-994.
18. Nisand M. Méthode Mézières. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-085-A-10, 2010.
19. Nisand M. La méthode Mézières. Un concept révolutionnaire. 4^e édition. Ed J. Lyon. Paris, 2008, 2013.
20. Mitchell FL, Mitchell PK. The Muscle Energy Manual: concepts and mechanisms, the musculoskeletal screen, cervical region evaluation and treatment. New York: MET Press; 1995 (213p).
21. Tardieu G, Tabary JC, Gagnard L, Lombard M. L'ajustement du nombre de sarcomères de la fibre musculaire à la longueur qui lui est imposée. *Rev Neurol* 1973;129:21-42.
22. Viel E. D'une observation à une révélation. *Kiné Actual* 1990;332:8.
23. Nisand M. Prise en charge kinésithérapique du lombalgique. Les techniques Mézières. Mémoire d'expert. Conférence de consensus de l'AFREK. Paris. 13 et 14 novembre 1998 ; 177 – 95 : 185.
24. De Mauroy JC. Les pièges de la lombalgie chronique ou du linéaire au chaotique. Résonances Européennes du rachis. *Revue interne de la S.I.R.E.R.* 2005-2006; N°spécial Médecine orthopédique;p16-22.
25. Weinstein SL. Idiopathic scoliosis. Natural history. *Spine* 1986;11:780-3.
26. Guillaumat M. Les scolioses à l'âge adulte. In *Scoliose Idiopathique*. Berard J, Kohler R Sauramps Médical, Montpellier, 1997:152.
27. Nisand M. Le travail à distance: Explication et illustration d'un principe de base de la Reconstruction Posturale à travers deux exemples de pathologies courantes. *Kinesither Rev* 2009. 96: p. 23-7.
28. Nisand M. La Reconstruction Posturale, un autre regard sur les algies rachidiennes. In: Hérisson C. Vautravers P, editors 2006, Montpellier: Sauramps médical. p. 155-69.
29. Khrolenko DE. Hierarchy of nervous system structures in regulating muscle tone. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*.1977;77(6):826-32.
30. Laborit H. La colombe assassinée. Ed Grasset. 1983. 221p.
31. Nisand M. Bilan morphologique en Reconstruction Posturale : une autre grille de lecture de la scoliose idiopathique. *Kinesither Rev* 2009;92– 93:25–32.
32. Ingber D. L'architecture de la vie. In «Pour la science»,N° 245, mars 1998, p.34-45.
33. Engel, O., N. Nisand, and C. Callens, Étude de l'impact de la reconstruction posturale sur la scoliose idiopathique de l'adulte: À propos de sept cas. *Kinesither Rev*, 2008. 83: p. 21-8.
34. Destieux C, Gaudreault N, Isner-Horobetti M-E, Vautravers P. Use of Postural Reconstruction® physiotherapy to treat an adolescent with asymmetric bilateral genu varum and idiopathic scoliosis. *Ann of Phys and Rehabil Med*. 2013 May;56(4):312-26.
35. Fayol E. Impact d'un traitement physiothérapique par Reconstruction Posturale® sur 7 patients présentant un syndrome du canal carpien sévère sans signes d'amyotrophie. Mémoire d'université. Diplôme Universitaire de Reconstruction Posturale®. 2013;94;www.reconstruction-posturale.com
36. Rebert G. Prise en charge par la méthode de Reconstruction Posturale® d'une patiente atteinte d'un syndrome fémoro-patellaire. Mémoire d'université. Diplôme Universitaire de Reconstruction Posturale®. 2013;95;www.reconstruction-posturale.com
37. Pittet L. Impact du traitement de Reconstruction Posturale sur la lombalgie chronique : série de cinq cas. Mémoire d'université. Diplôme Universitaire de Reconstruction Posturale®. 2013;89; www.reconstruction-posturale.com.
38. Tournay A, Paillard J. Changes in Hoffmann's reflex in accordance with the cadence of distribution of successive stimulations. *J Physiol (Paris)*. 1956 May-Jun;48(3):722-6.
39. Haun DW, Kettner NW. Spondylolysis and spondylolisthesis : a narrative review of etiology, diagnosis and conservative management. *J Chiropr Med*. 2005 Winter;4(4):206-17.
40. McNeely ML, Torrance G, Magee DJ. A systematic review of physiotherapy for spondylolysis and spondylolisthesis. *Manual Therapy* (2003) 8(2), 80–91
41. Debnath UK, Harshavardhana N, Scammell BE, Freeman B JC. Lumbar pars injury or spondylolysis – diagnosis and management. *Orthopaedics and trauma* 2008 ;23:2.
42. Wong LC. Rehabilitation of a patient with a rare multi-level isthmic spondylolisthesis: a case report. *J Can Chiropr Assoc*. 2004 June; 48(2): 142–151.
43. Jassi FJ et al. Manual therapy for treating spondylolysis and spondylolisthesis: a literature review. *Fisioter. Pesqui.* [online]. 2010, vol.17, n. 4, pp. 366-371.
44. Simon B, Gouilly P, Peverelly G. Le psoas. Synthèse de 12 actions musculaires. *Kinésithérapie, la revue* Vol 1, N° 0 - novembre 2001 pp. 73-78.
45. Chambolle R. Prise en charge par la méthode de Reconstruction Posturale® d'un patient atteint de spondylolisthesis dégénératif L4-L5 avec retrecissement du canal lombaire. Mémoire d'université. Diplôme Universitaire de Reconstruction Posturale®. 2010;88; www.reconstruction-posturale.com
46. Lederman E. The myth of core stability. *J Bodyw Mov Ther*. 2010 Jan;14(1):84-98.



Location de Tens, 100% remboursée

> Une méthode efficace contre les douleurs.

> Sans aucun effet secondaire.

> Sans prise de médicaments.

> 100% remboursé par les assurances.

> Sans durée minimale de location

> Expédition chez le patient ou au cabinet.



Service de traitement à domicile

021 695 23 60

Lundi au vendredi

8h00 à 12h00 et 13h30 à 16h30

www.tens-medical.ch



Centre d'impression de la Broye

Vous avez un projet, vous souhaitez bénéficier des meilleures prestations d'impression, faites nous part de vos besoins, nous sommes à votre service !

Route de la Scie 9 • 1470 Estavayer-le-Lac
TÉL. 026 663 12 13 • Fax 026 663 46 85
E-mail : info@cibsa.ch • www.cibsa.ch

DÉCOUVREZ LE NOUVEAU

PANORAMIC
ALPINE ★ SPA



graphic design www.lambassade.ch

2 SAUNAS

2 BAINS
VAPEUR

1 HAMMAM

GRAND JACUZZI

15 PERSONNES

SALLE DE REPOS

SALLE DE RELAXATION

LUMIÈRE DE WOOD

NOUVEAU FITNESS

www.thermalp.ch



L'Association « Ostéopathes Du Monde »

Ostéopathes du monde (ODM) est une association loi 1901 fondée par 5 ostéopathes D.O. Elle vise à proposer bénévolement des soins et un suivi ostéopathique au sein des pays où cette thérapeutique n'est pas à disposition de tous ou absente du système de soins.

En s'intégrant au sein de structures partenaires comme des associations sportives, dispensaires, centres de soins et hôpitaux, ODM veut établir un développement de la qualité des soins complémentaires nécessaires au mieux-être et au mieux-vivre de chacun. Les mains étant l'outil majeur de l'ostéopathe, ce faible besoin matériel permet à ODM de promouvoir son action en développant un système de soins itinérant.

Les valeurs de la solidarité internationale imprègnent le mode d'action de cette association et offre un fort moyen d'échanges humains, culturel et médical. En effet, elle propose des soins mais bénéficie également d'une expérience autant humaine que professionnelle provenant d'une culture et d'une pratique médicale propre à chaque pays.

Ainsi, ODM agit dans le sens d'une action durable en alliant promotion de l'ostéopathie, en France et à l'étranger, et collaboration pérenne avec les structures partenaires. Ceci, par le biais d'envoi de volontaires ostéopathes sur place pour une présence et un suivi maximum.

— « DES OSTÉOPATHES À SALY » : PREMIÈRE MISSION D'ODM —

Pour sa première action de janvier à mars 2014, Ostéopathes du monde se tourne vers le Sénégal et particulièrement vers l'association « Diambars » à Saly M'bour. Cet institut forme de jeunes footballeurs provenant de divers milieux, qu'ils soient défavorisés ou plus aisés, pour leur offrir instruction et formation sportive de haut niveau.



ODM met son savoir-faire ostéopathique au service de cette association pour participer à l'enrichissement de son staff médical. Ceci, en proposant des soins aux jeunes sportifs dont le suivi est l'un des premiers champs d'actions de l'ostéopathie. ODM veut s'inscrire, auprès de Diambars, comme un soutien supplémentaire à la concrétisation des objectifs de ces jeunes sportifs.



Avec l'appui de ce centre, ODM veut être au plus près de la population sénégalaise en développant des collaborations

avec d'autres partenaires locaux (orphelinats, dispensaires, centres de soins). Elle pourra ainsi s'intégrer au sein de ces structures pour contribuer, participer et développer l'accès aux soins pour tous.

Ainsi, Lors de sa présence à Saly M'bour, ODM ira à la rencontre de l'association « Vivre Ensemble Madésahel » et sa pouponnière.

« Vivre Ensemble » propose un lieu d'accueil temporaire de bébés privés de leur mère. Elle permet aux orphelins et aux enfants sans familles d'accueil, de vivre dans un milieu protégé durant leurs premières années de vie. Elle apporte une aide concrète aux populations locales en prenant en charge près de 230 enfants. Cette structure suit notamment les femmes enceintes provenant de milieux défavorisés afin de les accompagner, les conseiller et les soutenir.

ODM assurera, en collaboration avec la structure médicale de l'association, des soins ostéopathiques à ces enfants et aidera à la prise en charge de la mère au sein du dispensaire de la pouponnière. Ceci, afin de répondre aux maux de la petite enfance et aux troubles liés à la grossesse et à l'accouchement.

Riche de cette ambition, ODM cherche donc aujourd'hui à développer d'autres partenariats pour répondre à l'appel de ceux qui en ont besoin, en France et ailleurs, et contribuer au développement de l'accès au soin ostéopathique pour tous.

Afin de soutenir cette jeune association et ses ambitions n'hésitez pas à consulter le site internet osteopathesdumonde.sitew.fr et à les rejoindre sur leur page Facebook. De plus, pour contribuer à la concrétisation du projet rendez-vous sur leur plateforme de don leetchi.com !



— CONTACT —
Ostéopathes Du Monde
16 bis rue de Neuilly
F – 94120 Fontenay Sous Bois
osteopathesdumonde@gmail.com



Des Ostéopathes à Saly



Cervicalgies & Myothérapie



D^R JAN POLAK

Médecin
Président de la Société Internationale de Myothérapie

Mots-clés: douleur cervicale, contracture, Brachy-Myothérapie, arthrose, hernie discale

Key words: neck pain, whiplash, Brachy-Myotherapy, osteoarthritis, slipped disc

— INTRODUCTION —

Les douleurs cervicales, souvent accompagnées de limitations de mouvement, surtout en rotation, représentent un important problème de santé publique de par sa fréquence et ses répercussions: on estime que 70 % de la population a souffert de cervicalgies chroniques au cours de sa vie, et 15 % de cervicalgies aiguës (torticolis).

Leur cause n'est ni l'arthrose, ni une hernie discale, ni une mystérieuse « vertèbre déplacée » ou un « nerf coincé », comme on le répète sans prendre le temps d'y réfléchir: il s'agit simplement, toujours, de contractures musculaires (sauf en cas de tumeur, rare, ou de fracture, mais c'est alors une urgence chirurgicale; et les séquelles douloureuses sont musculaires).

Les mouvements qui sollicitent les muscles spasmés augmentent les douleurs, de même que les positions qui les étirent. Abordé de ce point de vue, une possibilité de guérison réelle et démontrée existe, qui se distingue de l'habituel camouflage plus ou moins efficace des symptômes par antalgiques, infiltrations ou physiothérapie classique.

La cause des contractures est toujours un traumatisme. Ce traumatisme peut être ancien, et c'est souvent le cas. Les contractures qui ont suivi peuvent être restées modérées, donc latentes, pendant des années, et se manifester un jour suite à un facteur déclenchant, choc violent, ou souvent modéré, qui aura cependant augmenté un peu plus le tonus musculaire, comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Le cou est très exposé: tout choc au niveau de la tête mobilise brusquement le cou, ce qui va provoquer une contraction de défense des muscles de la région: ce peut être la cause primaire ou le facteur déclenchant ou aggravant.

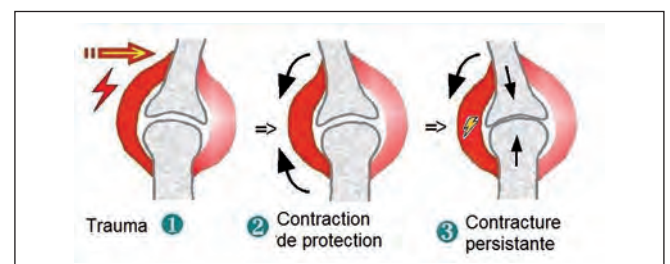
— LA CONTRACTURE MUSCULAIRE —

Une contracture est une contraction musculaire involontaire mais permanente, auto-entretenu de façon réflexe ⁽¹⁾, d'origine traumatique directe ou indirecte, qui n'a aucune tendance à guérir d'elle-même, et qui tend à provoquer secondairement des contractures des muscles voisins, puis, de proche en proche, de muscles éloignés – qui pourront se manifester par des douleurs, tout comme celles de départ.

Comment se crée une contracture ?

En cas de choc risquant de léser une articulation, ou un groupe articulaire comme le cou, un ou plusieurs muscles, qui sont brusquement étirés lors de ce traumatisme, se contractent de façon réflexe pour la protéger. L'intensité de la contraction musculaire due au réflexe myotatique est proportionnelle à l'intensité du choc. Une fois celui-ci passé, la contraction de protection cesse. Elle a donc été assez brève. Sans elle les dégâts auraient pu être graves.

Mais si ce choc a été violent et inattendu, il aura entraîné un étirement musculaire très brusque et par conséquent une contraction réflexe très importante. On constate en pratique qu'au-delà d'une certaine intensité de choc, donc de contraction réactionnelle, celle-ci aura tendance à ne plus cesser, même après le traumatisme: le muscle reste spasmé, contracté involontairement en permanence, et il peut rester ainsi des mois et des années, comme si l'étirement initial persistait (Fig. 1). En fait cette contracture va durer toute la vie, tant qu'on ne la traite pas !



» » Figure 1: le mécanisme de la Contracture

Une fois installée, la contracture ne guérit pas spontanément. Il est très facile de la déceler à la palpation, bien longtemps après le choc initial.

L'observation de ceci est fondamentale pour la compréhension de la cause et du mécanisme de presque toutes les douleurs articulaires, dont celles du cou. Car ce spasme persistant qu'est la contracture ne sera pas sans conséquences, on s'en doute.

- 1) Le muscle contracturé, c'est-à-dire contracté de façon réflexe pendant beaucoup trop longtemps, va tôt ou tard devenir douloureux. Or ce muscle, par définition, traverse une articulation. C'est au niveau de celle-ci que sa douleur va habituellement être ressentie.

Il s'ensuit que les douleurs articulaires sont en fait presque toujours des douleurs des muscles entourant et traversant l'articulation, jamais des douleurs osseuses, arthrose ou pas: elles ne sont pas dues à l'os (peu innervé), encore moins au cartilage (pas du tout innervé), mais aux muscles, riches en nocicepteurs, stimulés par la contracture (probablement par irritation vasculaire intramusculaire ⁽²⁾).

Ce qui permet fort heureusement de faire cesser la douleur en supprimant cette contracture musculaire. Ceci ne peut cependant se faire que de façon manuelle, et non médicamenteuse: à cause mécanique, traitement mécanique. Il n'existe aucun médicament qui puisse guérir une contracture.

- 2) Les mouvements de l'articulation sont limités par la contracture. Une contraction volontaire des muscles contracturés va en effet déclencher ou accentuer leur douleur, ce qui limite donc le mouvement, pour éviter celle-ci.

De plus, étant en contraction involontaire permanente, les muscles spasmodés s'opposent à leur étirement, limitant ainsi certains mouvements créés par d'autres muscles antagonistes. Et leur étirement provoque un réflexe myotatique qui augmente la contracture douloureuse.

- 3) Le muscle contracturé, raccourci, va tirer les deux os sur lesquels il s'insère l'un vers l'autre. Ce qui peut aller jusqu'à déformer l'articulation.

Cette altération se voit fréquemment, surtout sur une radiographie de profil. Le cou présente normalement de profil une courbure à concavité postérieure: en cas de contracture cette courbure peut être accentuée, ou, et c'est plus fréquent, diminuée, parfois même inversée (Fig. 2). Dans le premier cas les contractures des muscles postérieurs dominent, dans le second il s'agit de muscles antérieurs. Cette rectitude peut ne toucher qu'une partie du rachis cervical. La radiographie de face peut aussi montrer une inflexion latérale, en cas de contractures dominant au niveau de muscles latéraux d'un côté.

Chez un bébé, ce sont les contractures, souvent dues à une traction un peu brusque sur la tête à la naissance,

qui provoquent le torticolis dit congénital – simple à soigner quand il est abordé de ce point de vue.

- 4) Et ce cordage qu'est la contracture va bien sûr comprimer anormalement la partie de l'articulation située de son côté.

Ce qui provoque une diminution de l'interligne articulaire, visible à la radiographie, première étape du processus qui va, éventuellement, conduire au pincement complet par destruction du cartilage, ce qui est le début de l'arthrose – laquelle n'est elle-même cause de rien: elle montre juste la présence de contractures anciennes qui provoquent les douleurs – attribuées de façon totalement illogique à l'arthrose.

Car si on traite les contractures, la douleur disparaît, alors que l'arthrose, elle, est toujours là: elle n'était donc cause de rien.

- 5) A l'examen la palpation d'un muscle contracturé est douloureuse, et le muscle est anormalement dur. C'est ainsi qu'on en fait facilement le diagnostic.

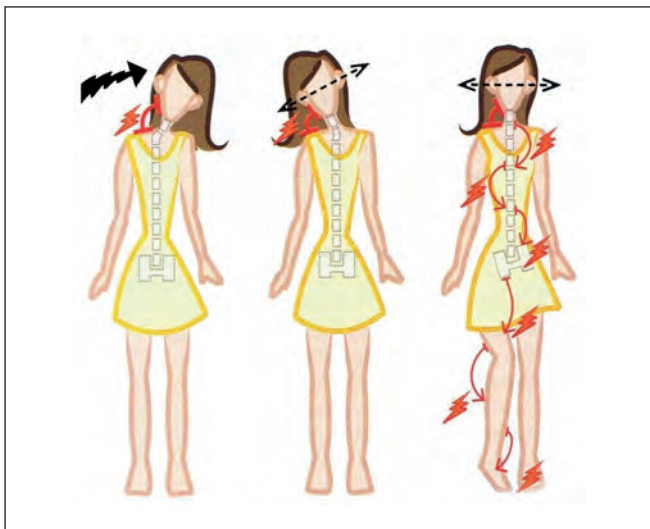
Les mouvements passifs dans le sens du muscle contracturé sont faciles, mais dans l'autre sens ils sont limités et/ou douloureux.



» » Figure 2: radiographie du cou de profil, rectitude et inversion de courbure. Pas d'arthrose. Importantes douleurs cervicales & limitations de mouvement.

— LES COMPENSATIONS —

De plus les contractures primaires cervicales ont tendance à se propager de proche en proche dans tout le corps, provoquant éventuellement des douleurs à distance, souvent même plus nettes que les symptômes cervicaux: douleurs des épaules, névralgie cervico-brachiale, canal carpien, céphalées, migraines, ou même beaucoup plus distantes: lombalgies, douleurs des genoux, etc. (Fig. 3).



» » Figure 3 : diffusion des contractures de proche en proche

Par ailleurs pour rétablir les repères de l'équilibre (horizontalité des oreilles et du regard) perturbés par les contractures cervicales (muscles en raccourcissement permanent), le corps crée souvent des tensions anormales à distance: c'est par exemple le mécanisme probable des scolioses (nous aborderons ce sujet dans un prochain article).

Les contractures dues au premier choc, ou celles créées par réaction à distance, peuvent très bien passer inaperçues pendant des années, ou même des décennies.

Ce n'est que lors de la survenue d'un facteur déclenchant que les choses vont se manifester, à un ou plusieurs endroits, au cou et/ou ailleurs. Un nouveau choc, des microtraumatismes répétés, ou bien d'autres éléments encore, peuvent alors manifester ce qui était latent depuis des années.

On comprendra que pour faire cesser les contractures de compensation, il faudra traiter les contractures primaires cervicales.

— CAUSE DE LA DOULEUR CERVICALE —

Le « coup du lapin » en voiture est un bon exemple de comment les contractures cervicales s'installent à la suite d'un choc plus ou moins violent et inattendu.

Ce qui est vrai pour un choc indirect comme celui que nous allons décrire, l'est également pour un choc direct, en se cognant violemment ou en recevant un ballon sur la tête, ou lors d'une chute sur le crâne. Car la tête est assez solide, le fait que les os du crâne soient reliés par du tissu conjonctif lui donne une certaine élasticité. En cas de trauma crânien, avec ou sans perte de connaissance, ce sont à moyen ou à long terme les muscles du cou, qui ont absorbé l'essentiel du choc, qui vont poser des problèmes, locaux en provoquant des douleurs cervicales, et/ou n'importe où à distance.

Revenons au « coup du lapin », whiplash en anglais, ou traumatisme cervical en « coup de fouet » (« en fléau » serait un meilleur terme), ou en accélération/décélération.

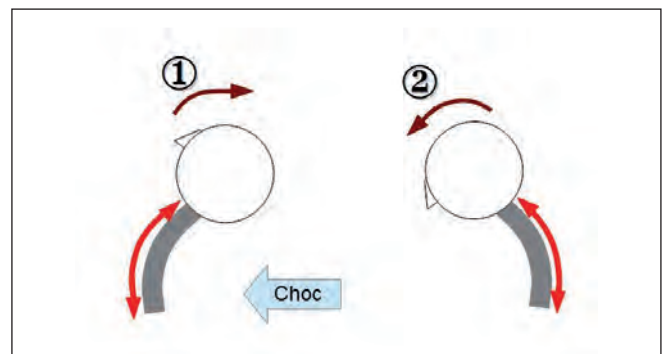
En cas d'accident avec choc arrière, véhicule à l'arrêt, la poussée brutale vers l'avant provoque d'abord une flexion brutale du cou, tête en arrière (avec parfois une déformation en « S » du cou): les muscles antérieurs sont brusquement étirés, ils se contractent donc fortement pour protéger le cou (et donc la moelle épinière) de la dislocation. Première cause potentielle de contractures persistantes (muscles cervicaux antérieurs).

Dans un 2^e temps l'avancée du véhicule provoquée par le choc est tout aussi brusquement stoppée, ce qui provoque une avancée brusque de la tête, qui sollicite cette fois les muscles cervicaux postérieurs, toujours dans un but de protection. Seconde cause potentielle de contractures persistantes (muscles cervicaux postérieurs cette fois) (Fig. 4).

Les choses se compliquent si au moment du choc la personne regardait par la vitre de côté: ce seront alors les muscles latéraux d'un côté puis de l'autre qui seront brusquement étirés et contractés.

Tout ceci est donc cause de douleurs et de raideurs du cou, immédiates ou différées, et cause potentielle de douleurs à distance. Comme les contractures n'ont aucune tendance à cesser, mais plutôt à s'aggraver avec le temps, les problèmes sérieux peuvent survenir des années après l'accident.

On ne parle curieusement jamais des muscles, dans les articles de la médecine classique traitant du « coup du lapin ». Pourtant, sans ceux-ci, on ne pourrait pas tenir ni bouger le cou, qui ne serait qu'un empilement totalement instable de vertèbres: on ne peut donc pas les ignorer. Et qu'est-ce qui protège le cou, en cas de choc direct ou indirect? Ce sont encore les muscles. Sans eux, le moindre petit choc serait mortel (les ligaments étant, par définition, suffisamment lâches pour ne pas bloquer les mouvements, ne peuvent jouer aucun rôle de protection lors d'un choc. Leur rôle est surtout d'informer le système nerveux sur les positions, grâce aux mécanorécepteurs qu'ils contiennent).



» » Figure 4: « Coup du lapin » (whiplash) 2 temps:
1° flexion cervicale, étirement brusque des muscles cervicaux antérieurs,
2° extension cervicale, étirement brusque des muscles cervicaux postérieurs



La médecine officielle réussit donc la prouesse de parler des pathologies du cou en faisant l'impasse complète sur ce qui est essentiel au niveau du cou, que ce soit dans son fonctionnement normal, dans la protection en cas de traumatisme, ou comme cause des douleurs cervicales : ce qui tient le cou (et la tête), ce sont les muscles; ce qui bouge le cou (et la tête), ce sont les muscles; ce qui protège le cou, ce sont les muscles; ce qui peut faire mal au cou, ce sont les muscles; car seuls les muscles contracturés suite à un choc peuvent être responsables de douleurs. Les autres structures (os, disques intervertébraux) ne possèdent pas les nocicepteurs indispensables pour provoquer une douleur.

Quelles sont les autres hypothèses selon la médecine officielle ?

1) L'arthrose

On considère habituellement que la cause des douleurs du cou est l'arthrose.

Si l'arthrose cervicale est fréquente, on trouve aussi très souvent des douleurs cervicales sans arthrose – qui ne peut d'ailleurs être décelée que sur une radiographie (où l'on a donc tendance à en trouver même quand il n'y a manifestement pas) et souvent on parle d'arthrose sans même avoir fait de radiographie...

Et même en cas de présence avérée d'arthrose, quand on compare soigneusement interrogatoire et radiographies, l'on constatera que les douleurs sont en général apparues plusieurs mois, si ce n'est années, avant les premiers signes radiologiques d'arthrose.

Si l'on fait systématiquement une radiographie en cas de cervicalgie, on peut par contre souvent constater une rectitude ou une inversion de courbure (signes manifestes de tensions musculaires persistantes) ou au contraire une hyperlordose, de même origine. Et parfois il y aura de l'arthrose, et parfois non. Une simple diminution de l'espace intervertébral ne montre que la compression du disque par les contractures, mais pas l'arthrose (qui risque cependant de suivre, puisque sa cause est justement la contracture; et les contractures cervicales post-traumatiques étant fréquentes, l'arthrose cervicale est fréquente).

Avec la mauvaise habitude de faire des scanners ou des IRM avant même de faire une simple radiographie (qui donne une bien meilleure vue d'ensemble), on n'a pas une bonne idée de la fréquence réelle de l'arthrose. En cas de douleurs du cou, estimons-la à 2 cas sur 3, pas plus, pour donner une idée. En se gardant d'appeler arthrose le moindre petit pincement.

Quoi qu'il en soit, on ne voit pas comment, par quel moyen, une arthrose cervicale pourrait être cause de douleur (le cartilage n'est pas innervé, le disque intervertébral non plus, et l'os sous-chondral guère plus), et encore moins de raideur et de limitation de mouvement.

Ce qui confirme en pratique que l'arthrose n'est pas cause de symptômes douloureux ou autres, c'est que si l'on ne traite

que les contractures, toujours présentes en cas d'arthrose, par la Myothérapie, la douleur disparaît en même temps que le fonctionnement musculaire se normalise, alors que l'image d'arthrose, quant à elle, persiste: l'arthrose n'était donc pas la cause de la douleur, et elle ne l'est jamais, ni au cou, ni ailleurs.

2) La hernie discale

Autre étiologie proposée, les hernies discales: il faut cependant se rappeler que 25 à 50 % des personnes bien portantes ont une hernie discale cervicale. Si celle-ci était cause de douleurs (et par quel mécanisme improbable d'ailleurs?), ces gens bien-portants devraient être... malades.

Et nous trouverons, en toute logique, le même pourcentage de hernies chez les cervicalgies, sans que cela soit cause de quoi que ce soit (sauf dans les rares cas de Névralgie Cervico-Brachiale avec signes déficitaires – et encore faut-il que leur topographie corresponde à la racine nerveuse où se trouve la hernie, ce qui est loin d'être toujours le cas).

Nous ne nous étendrons pas sur les autres hypothèses plus ou moins farfelues, telles que les vertèbres déplacées (le patient serait mort; par contre une vertèbre peut être plus ou moins bloquée dans une certaine position de son mouvement physiologique – ce qui ne peut être dû qu'à une contracture musculaire); le DIM (dérangement intervertébral mineur): l'auteur de cet acronyme explique lui-même en toute franchise que ce terme n'explique... rien; le terme « dysfonctions segmentaires », utilisé en chiropraxie est tout aussi flou et n'apporte rien non plus. (Rappelons ici que les manipulations vertébrales brusques sont souvent sources d'aggravations, parfois sérieuses: l'étirement brusque d'une contracture risque fort d'aggraver celle-ci par réflexe myotatique).

3) Autres arguments en faveur d'une cause musculaire

1) En fait les choses sont donc simples, car les signes cliniques et d'examen d'une cervicalgie correspondent exactement à ceux des contractures musculaires.

A savoir:

- Douleurs spontanées, ou lors de positions soutenues (ex: conduite automobile), ou lors de certains mouvements. Les douleurs peuvent être dues aussi bien à la contraction active des muscles contracturés qu'à leur étirement passif lors de mouvements du cou par la contraction d'autres muscles.

Ces douleurs sont en général soulagées par le repos, mais non guéries. Parfois ce sont des positions pendant le sommeil qui provoquent au contraire les douleurs, parce qu'elles étirent les muscles contracturés.

Quand la contracture musculaire provoque une réaction inflammatoire au niveau des structures de l'articulation, les douleurs s'aggravent au repos et éventuellement réveillent la nuit, avec raideur matinale. C'est le cas



par exemple des douleurs cervicales de la Polyarthrite Rhumatoïde, ou de la Spondylarthrite Ankylosante – toujours d'origine musculaire.

- Les contractures provoquent une limitation de certains mouvements (ceux qui étirent les muscles concernés, comme quand on veut regarder derrière son épaule pour faire un « créneau » en garant sa voiture), limitation qui peut être douloureuse. Ce peut aussi être la contraction active qui, douloureuse donc évitée, limite le mouvement.

L'on ne voit vraiment pas quelle autre cause qu'une contracture musculaire pourrait provoquer tous ces symptômes, classiques dans les cervicalgies, si l'on observe le phénomène de façon objective et scientifique.

- Les contractures sont retrouvées à l'examen: la palpation sur sujet allongé trouve les muscles concernés durs, et douloureux à la pression, ce qui est caractéristique des seules contractures. A la mobilisation passive les mouvements qui étirent les muscles contracturés seront limités ou même douloureux.

La première conclusion que l'on peut tirer de ces observations est donc que quand il y a cervicalgie, il y a contractures (sauf rares tumeurs ou infections).

- 2) On pourrait poser la question: ces contractures sont-elles la cause du problème ou sont-elles simplement « antalgiques », comme on le lit parfois ?

a) D'une part, si les contractures étaient antalgiques, il faudrait une autre cause aux douleurs. Or aucune des étiologies non musculaires communément proposées ne résiste à l'analyse sérieuse. On ne voit pas non plus par quel mécanisme ces contractures seraient antalgiques.

b) Si l'on traite spécifiquement les contractures par Myothérapie, la douleur s'atténue et disparaît. Or si les contractures étaient antalgiques, donc avaient pour but de soulager la douleur, leur disparition devrait aussitôt aggraver la douleur, plus rien n'atténuant celle-ci. C'est cependant l'inverse que l'on constate. Pas de rôle antalgique pour les muscles contracturés, donc.

Une attitude dite antalgique éventuelle (penchée dans un sens) ne vise pas à soulager autre chose que la contracture elle-même, en mettant le cou dans une position qui raccourcit passivement le muscle contracturé: de même qu'un étirement passif aggrave une contracture, un raccourcissement passif la soulage.

Attitude antalgique qu'il ne faudrait pas confondre, comme on le fait trop souvent, avec le fait que le muscle contracturé étant raccourci, le cou va être déformé activement justement dans le sens du raccourcissement du muscle, le même sens que celui qui soulage passivement. Ce mécanisme est beaucoup plus fréquent.

Quand la contracture est guérie, cette attitude asymétrique disparaît (un bel exemple en est le Torticolis « congénital » du nourrisson, déjà mentionné.)

— TRAITEMENT DE FOND DE LA CERVICALGIE : ÉVALUATION DE LA MYOTHÉRAPIE —

La Brachy-Myothérapie est, à notre connaissance, la seule méthode manuelle dont les résultats aient été évalués et chiffrés.

Gains d'amplitude des mouvements cervicaux

Une petite étude a été effectuée en Belgique dans le cadre d'un Mémoire pour le diplôme de Kinésithérapie⁽³⁾. Cette étude a porté sur 10 sujets traités par Myothérapie comparés à 10 sujets non traités d'un groupe contrôle: seules les amplitudes de rotation ont été mesurées avant et après traitement.

Les 20 sujets ont été répartis aléatoirement en groupe test de 10 personnes et en groupe témoin du même nombre. Le groupe test était composé de 4 hommes et 6 femmes, moyenne d'âge 22 ans +/-2; le groupe témoin était composé de 3 hommes et 7 femmes, moyenne d'âge 22 ans +/-1.

Le critère d'inclusion était une limitation de rotation cervicale (associé ou non à des limitations de flexion ou d'extension).

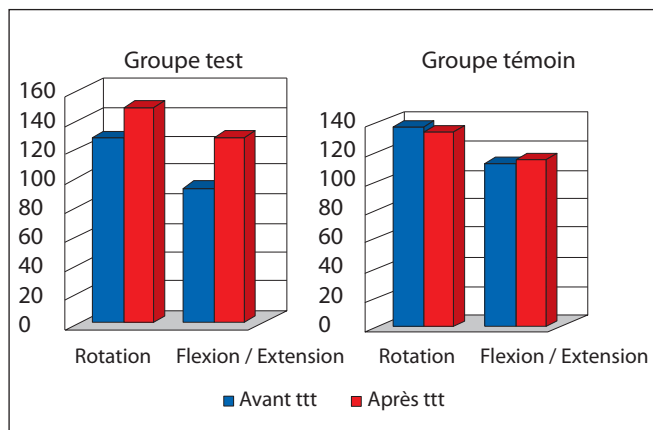
Le nombre de séances de Myothérapie pour le groupe test a arbitrairement été le même pour chacun: chaque sujet a eu 3 séances à une semaine d'intervalle, puis une 4^e 15 jours après.

Les mesures avant/après ont été faites par un appareil nommé Biolens, la dernière évaluation étant faite 4 jours après la 4^e séance.

Les résultats sont exprimés en additionnant d'une part rotation droite et gauche, et d'autre part la flexion et l'extension (Fig. 5). Nous ne donnerons ici que les moyennes, pour plus de détails le lecteur voudra bien consulter l'ouvrage cité en référence.

Dans le groupe test la rotation moyenne est passée de 128,80° à 149,60°, la flexion/extension étant passée de 93° à 129,40°. Ce qui représente un gain moyen de rotation de 20,80°, et pour la F/E 36,40°.

Dans le groupe témoin la rotation moyenne est passée de 136,50° à 133,40°, la flexion/extension étant passée de 112° à 114,80°. Soit une perte de 3,10° pour la rotation, et un gain de 2,80° pour la F/E.



» » Figure 5 : effets de la Myothérapie sur les amplitudes de mouvement.

— CERVICALGIES CHRONIQUES: EFFETS DE LA BRACHY-MYOTHÉRAPIE SUR LA DOULEUR —

24 médecins de ville, dont un rhumatologue, ont noté les effets de la Brachy-Myothérapie sur 244 patients souffrant de douleurs cervicales chroniques qu'ils avaient reçus en consultation. Il n'y a pas eu de sélection de cas, hormis le motif de cervicalgie chronique.

Cette approche nous a semblé plus réaliste à bien des points de vue qu'une étude faite en milieu hospitalier, qui comporte dès le départ plusieurs biais: ne sont hospitalisés que les cas objectivement ou subjectivement très graves, peu représentatifs des problèmes courants. Nous avons préféré rapporter les résultats des traitements faits en ambulatoire.

Ont donc été notés par chaque thérapeute les effets du traitement par Myothérapie seule sur les 10 premiers patients consultant pour une douleur cervicale chronique à partir d'un moment donné. Ainsi le nombre de thérapeutes, et le fait que les résultats de chacune des études indépendantes correspond à peu près à la moyenne globale, montre la reproductibilité de la méthode, gage de sérieux puisque c'est la reproductibilité qui est le critère d'une étude scientifique.

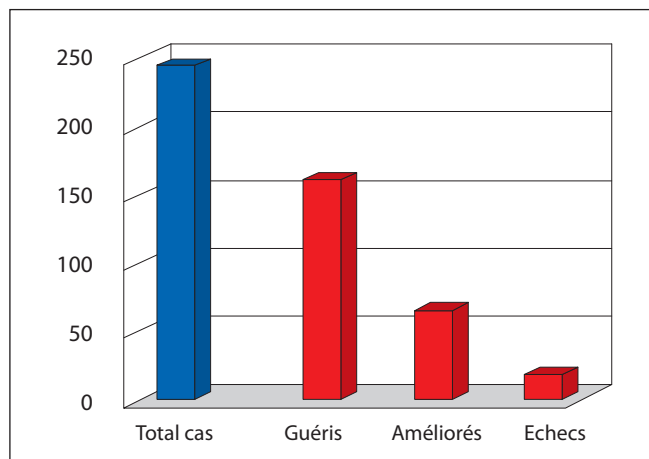
L'étude prospective a donc porté sur 244 patients, âgés de 10 à 83 ans, 167 femmes et 77 hommes. Seules les contractures musculaires ont été traitées. Le nombre moyen de séances fut 4 (extrêmes: 1 et 9).

Résultats en fin de traitement:

- 161 patients (66%) ne signalaient plus aucune douleur cervicale,
- 65 patients (27 %) se déclaraient notablement améliorés, et
- il n'y eut aucun effet chez 18 d'entre eux (7%)

— CONCLUSION —

- 1) Les cervicalgies sont a priori toujours dues à des contractures musculaires (sauf tumeurs ou autres causes tout aussi rares, mais à ne pas négliger pour autant). Ceci a été largement vérifié, comme l'avons montré. En effet, l'on peut penser que si l'on supprime un seul élément du tableau clinique, ici les contractures, et que la douleur disparaît, cet élément en était bien la cause, la seule et unique cause. Ici la disparition des contractures



» » Figure 6 : traitement des cervicalgies chroniques par Brachy-Myothérapie

coïncide toujours avec la guérison clinique suite au traitement par Brachy-Myothérapie.

- 2) Il semble que ces contractures sont toujours post-traumatiques, choc physique violent récent ou (parfois très) ancien, en général crânien ou en « coup du lapin ».
- 3) La compréhension claire du rapport entre cervicalgies et contractures est très importante. Si l'on ignore cette approche, on en est réduit à prendre des antalgiques ou anti-inflammatoires de plus en plus puissants, non dénués d'effets secondaires, et qui ne peuvent en aucune manière traiter une cause. L'étirement ou la contraction active des muscles cervicaux contracturés en physiothérapie classique est en général au mieux illusoire et risque même d'aggraver le malade.
- 4) Les contractures cervicales risquent de se répandre de proche en proche dans le corps, provoquant, là où elles sont aggravées par un facteur déclenchant, des douleurs en apparence sans rapport direct avec le cou. Mais qui ne cesseront durablement que si les contractures cervicales sont traitées.

— CONTACT —

Polak Formations & Recherche
90 Rue des 36 Ponts
F – 31400 Toulouse
E-mail : dr.j.polak@gmail.com

— RÉFÉRENCES —

- 1 Polak J. : Contractures persistantes, l'hypothèse d'une boucle B, Kinésithérapie Scientifique 360, 1996
- 2 Mense & Gerwin : Muscle Pain, Springer, 2010
- 3 Touffe, Bertrand, Quertain : Influence de la Myothérapie sur l'amplitude cervicale et la posture; Haute École de la Province de Liège, Mémoire en vue de l'obtention du titre de Master en Kinésithérapie, année académique 2007-2008

Pour en savoir plus :

www.brachy-myotherapie.com

sur ce site vous trouverez plusieurs livres électroniques notamment:

- névralgies cervico-brachiales (et: douleurs du cou, des épaules, canal carpien)
- arthrose (également en version papier)
- Myothérapie, douleurs articulaires & névralgies (également en version papier)

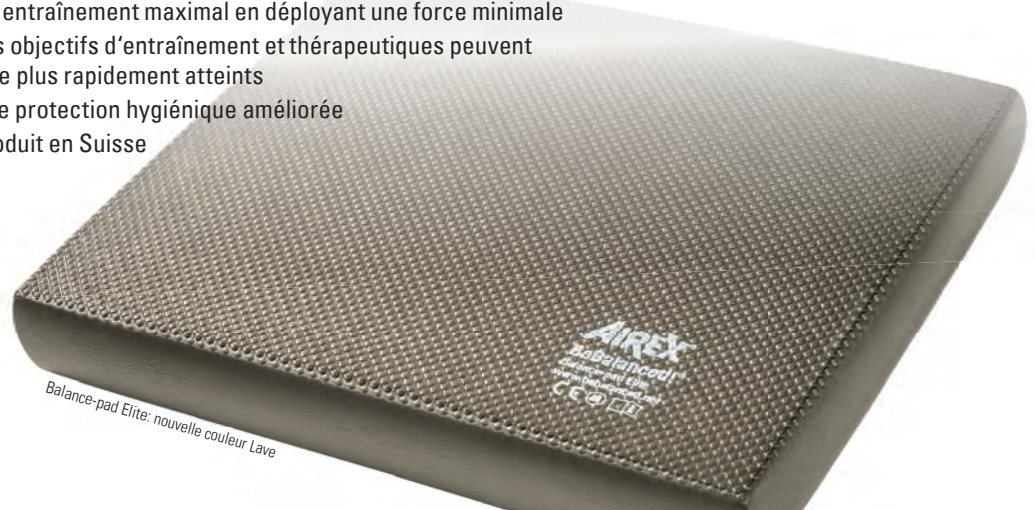
Entraînement maximal

AIREX®
Professional exercise line

Les produits AIREX® Balance rendent votre entraînement plus profitable.
Upgrade your life!



- Entraînement fonctionnel pour force, motricité et coordination
- Un entraînement maximal en déployant une force minimale
- Les objectifs d'entraînement et thérapeutiques peuvent être plus rapidement atteints
- Une protection hygiénique améliorée
- Produit en Suisse



Balance-pad Elite: nouvelle couleur Lave

Distributeur:

VISTAWELL SA
Rue du Lac 40
2014 Bôle / NE
Tel.: 032 841 42 52
office@vistawell.ch
www.vistawell.ch

VISTAWELL
SPORT + BALANCE

«L'entraînement BeBalanced!® est un entraînement fonctionnel total. Force, motricité et coordination en une seule démarche. C'est ce qui se fait de mieux en matière de prévention et rééducation.»

Frank Thömmes, scientifique du sport diplômé, PERFORM SPORTS®, Munich, Allemagne

Vous trouverez d'autres informations sous www.bebalanced.net

PHENIX MultiPatients

Oubliez tout ce que vous savez des électrostimulateurs

Découvrez la technologie

- sans fil
- multitâches
- multipatients
- multithérapeutes

Chemin du croset 9A, 1024 Ecublens, Tél : 021 695 05
info@vistamed.ch



Phygest



Gestion



Efficacité



Rapidité

Gérer efficacement, en toute simplicité
son fichier clients et sa facturation!
Impossible de s'en passer!

...conçu pour et réalisé par des physiothérapeutes

logiciel de gestion de cabinet multi-thérapies
(prêt pour les nouveaux tarifs)

NET
PROGRESS
10 ch de la pépinière 1213 petit lancy
tél 078 601 41 95
www.netprogress.ch

Ginphys

Le logiciel confirmé des physios ostéos, ...



physioTec
biologie



*Pour gérer votre
cabinet en souplesse*

Plus de 250 cabinets

- ☑ Administration simplifiée
- ☑ Facturation électronique
- ☑ Agenda électronique
- ☑ Multi-disciplines
- ☑ A jour avec l'actualité
- ☑ Conseils et suivi personnalisés

*Laurent da Col et Jean-Luc Eggimann
remercient tous les utilisateurs
de leur confiance et vous souhaitent
de joyeuses fêtes !*

JLE informatique

www.jle.ch

info@jle.ch

021 903 55 02

Services et développements professionnels depuis 1989

Genou : ligaments croisé antérieur, postérieur, médial, collatéral, poplité, what else ?

YVES LAREQUI

Physiothérapeute-Ostéopathe (Lausanne)

Le système ligamentaire du genou est bien connu et se compose de 5 ligaments principaux qui assurent la stabilité du genou :

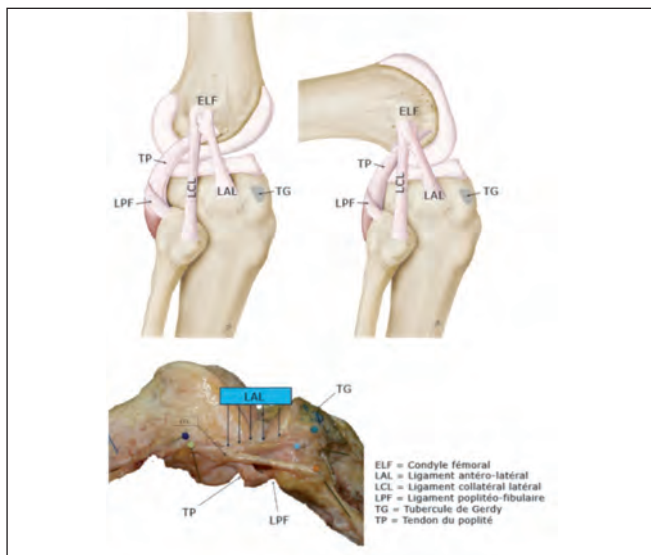
- Ligament collatéral tibial
- Ligament collatéral fibulaire
- Ligament croisé antérieur
- Ligament croisé postérieur
- Ligament poplité arqué

Rien de neuf à l'horizon et pourtant. What else ?

Une équipe de médecins du département de chirurgie orthopédique et traumatologie des hôpitaux universitaires de Leuven, Gand et de l'hôpital Monica d'Anvers en Belgique ont mis en évidence une structure inconnue jusque-là : le ligament ANTERO-LATERAL (LAL) (Voir figure 1).

Il faudra désormais compter avec le LAL.

A l'origine de cette découverte, l'équipe belge cherchait à comprendre pourquoi certains de leurs patients se plaignaient de dérochement ou d'instabilité chronique du genou alors qu'ils avaient bénéficié d'une plastie ligamentaire parfaitement réussie après une rupture du LCA; pourquoi ils constataient parfois la persistance d'une instabilité rotatoire.



» » Figure 1 : ligament antéro-latéral (source : CHU Leuven, Belgique)

Ils sont alors revenus aux fondamentaux, l'anatomie, et ont pris comme point de départ un article d'un fameux chirurgien français, *Paul Segond*, spécialiste des interventions de la sphère uro-génitale (sic!), qui accessoirement, s'était intéressé à l'articulation du genou en ... 1879.

Dans ce fameux article, le *D^r Paul Segond* avait décrit une structure nacrée de nature fibreuse et résistante à la face antéro-externe du genou.

134 ans plus tard, les chirurgiens belges ont vérifié et confirmé la découverte du médecin français. A la suite d'une technique de dissection macroscopique de 41 cadavres, ils ont découvert ce LAL dans 97 % des cas.

L'insertion proximale du LAL se situe sur une proéminence latérale du condyle fémoral et se termine sur l'extrémité antéro-supérieure du tibia.

Les auteurs pensent que sa fonction est de participer à la stabilité en rotation interne du genou. Déchiré, il expliquerait cette situation bien particulière des « dérochements résiduels du genou ».

Commentaire d'un célèbre chirurgien orthopédique qui a opéré le non moins célèbre joueur de football brésilien, Ronaldo : « *Si j'avais bénéficié de cette information à l'époque où j'avais opéré le footballeur brésilien Ronaldo, nul doute qu'« il fenomeno » aurait évité par la suite ses problèmes de genoux à répétition et nous aurait gratifié d'une carrière encore plus extraordinaire.* »

— CONTACT —

Yves Larequi
Rue Caroline 4
1003 Lausanne
E-mail : yves.larequi@mainslibres.ch

— RÉFÉRENCES —

FIBREUX – Un ligament du genou oublié pendant 134 ans <http://big-browser.blog.lemonde.fr/2013/11/08/fibreux-un-ligament-du-genou-oublie-pendant-134-ans/>

Steven Claes^{1,*}, Evie Vereecke², Michael Maes¹, Jan Victor³, Peter Verdonk⁴, Johan Bellemans¹ Anatomy of the anterolateral ligament of the knee, *Journal of Anatomy* Volume 223, Issue 4, pages 321–328, October 2013

J.-Y. Nau, L'élément du corps humain resté caché 134 ans explique les genoux qui se dérochent, <http://www.slate.fr/france/79855/nouvel-element-corps-humain-genoux>



20^e Symposium Romand de Physiothérapie & 8^e Symposium Romand d'Ostéopathie

«Pelvienne, scapulaire: des ceintures complémentaires!»

22 & 23 Novembre 2013
Palais de Beaulieu, Lausanne (Suisse)

Organisé par la rédaction de Mains Libres

Lors de ce symposium, Mains Libres a décidé de parier sur l'interdisciplinarité et la complémentarité de deux domaines de compétences distincts mais voisins soit la physiothérapie et l'ostéopathie.

Pari gagnant! Les participants ont su profiter des deux symposiums proposés, se sont mêlés afin de s'instruire davantage. Les conférences étaient de haut niveau, les ateliers ont mis la main à la pâte, le tout dans une ambiance familiale.

Merci à tous les acteurs de ce symposium!



F. Zimmermann



R. Vaswani & Gaëlle Jungo (Mains Libres)



A. Albasini



L. Fabre



C. Gaston, le plus fidèle des participants!



D. Dessauge, Osteobio, merci à toi!



A. Le Coniat



B. De Gasquet



B. De Gasquet, Yves Larequi (Mains Libres), O. Merdy, L. Marc, F. Zimmermann



P. Bertheau



A. Rey Lesclure, modérateur ostéo, merci à toi!



K. Kerkour & R. Vaswani, modérateurs physio. Grand merci à vous deux!



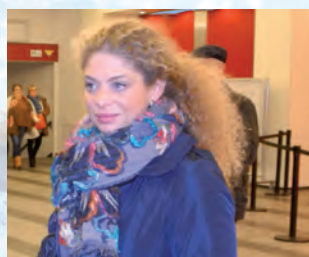
M. Nisand



T. Liévois



Equipe de choc pour les pauses! Merci Ariane, Melina et Marceline



C. Buckinx

Université de Lausanne, Université de Savoie, Université de Bourgogne, Université de Franche-Comté, Université de Jura, Université de Neuchâtel, Université de Valais, Université de Fribourg, Université de Genève, Université de Lausanne, Université de Savoie, Université de Bourgogne, Université de Franche-Comté, Université de Jura, Université de Neuchâtel, Université de Valais, Université de Fribourg, Université de Genève

Spécificité des surfaces instables pour le travail proprioceptif de la cheville.
Pascal Toschi¹, Romain Terrier², Normand Teasdale³ & Nicolas Forestier⁴

I. Contexte de l'étude
La justification des aménagements posturo-cinématiques repose sur une compréhension des mécanismes de l'équilibre. Cette compréhension est essentielle pour la conception de surfaces instables qui permettent de travailler sur des surfaces instables. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de surfaces instables sur le travail proprioceptif de la cheville.

II. Méthodologie
Population: 10 sujets sains (âge 23.8 ans ± 2.5, poids 70.5 kg ± 12.5 kg, taille 1.75 m ± 0.05 m).
Dispositif expérimental: 2 conditions de travail (sur surface stable et sur surface instable) et 2 conditions de travail (avec et sans feedback visuel).

III. Résultats
Les sujets ont montré une amélioration de leur performance sur surface instable par rapport à surface stable. Les aménagements posturo-cinématiques ont permis de travailler sur des surfaces instables.

IV. Conclusion
Ces résultats démontrent l'impact de surfaces instables sur le travail proprioceptif de la cheville. Les aménagements posturo-cinématiques ont permis de travailler sur des surfaces instables.

1^{er} PRIX de la session posters

«Spécificité des surfaces instables pour le travail proprioceptif de la cheville»

Poster de Pascal TOSCHI, Romain TERRIER, Normand TEASDALE et Nicolas FORESTIER



D. Goldman, photographe officiel ! MERCI



J-M. Demelt



M. Haye



U. Bertinchamp



D' Sadri



Françoise Besson, Pierre Besson (ML),
B. De Gasquet, Prof Giammarile,
T. Liévois, P. Vaucher, A. Rey Lescure



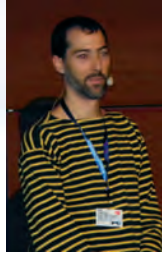
R. Genolet



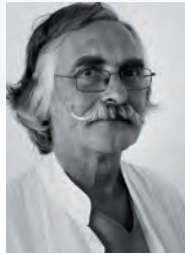
Jean-Claude Morard,
gagnant du 1^{er} prix de la tombola.
Bonne détente !



G. Jungo (Mains Libres)



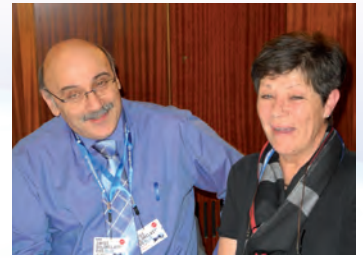
P. Vaucher



D' J-C. Guimberteau



H. Jaccard



Jean Touati (Mains Libres) & Françoise Besson,
notre Baronne, merci pour toute ton aide !



Les plus fidèles exposants !
Merci de votre confiance



Y. Larequi



D. Goldman & Jean Touati (Mains Libres)



K. Kerkour & B. De Gasquet



P. Pommerol



Une partie des aides avec Gaëlle Jungo,
Yves Larequi, Jean Touati de Mains Libres



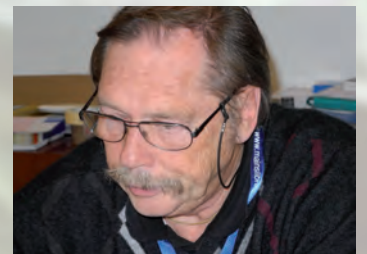
X. Blusseau, P. Klein



Une partie des aides, grand merci à vous
tous ! Et toute l'équipe de Mains Libres
(Jean Touati, Yves Larequi, Pierre Besson
et Gaëlle Jungo)

**«Un immense MERCI à la formidable
équipe d'étudiant(e)s-jeunes professionnel(le)s»**

CHEVALLAY ROMAIN / SCHMIDT GERALDINE / BACH MARYLINE
JEANRENAUD CAMILLE / GOLAY SARAH / COGAN GAELLE
HEYMES ANAELLE / LEUENBERGER VIRGINIE / LIEZ TIPHAIN
BOLLEY CAROLINE / SARACLAR SIMLA / ROCHAT CHRISTELE



Notre Baron : Pierre Besson (Mains Libres)

PINIOL – votre spécialiste pour la santé et le bien-être.



MTC
Piniol CH'i Energy
Pour que ça roule!

Sport et thérapie
Piniol Cold & Hot
Effet instantanément perceptible

Désinfection
Piniol Hand clean soft et désinfection surface
Solution sûre et rapide

Massage
Piniol produits de massage
Huiles naturelles, laits, crèmes et fluides

Sauna
Piniol produits pour le sauna et le bain de vapeur
Parfums naturels de qualité supérieure

Ambiance
Piniol huiles de parfum d'ambiance
Pour une atmosphère agréable

PINIOL
THERAPIE & WELLNESS

PINIOL AG · Erlistrasse 2 · Postfach · 6403 Küssnacht a.R. · Telefon 041 854 18 51 · info@piniol.ch · www.piniol.ch

Solo
Médical



Nouveauté

HC Cryo T-Shock

- Choc Thermique contrôlé
- Produit du froid jusqu'à -18°
- Produit de la chaleur jusqu'à +45°
- Feedback instantané de la température

Sans consommable, sans gaz, sans compresseur, sans aucun entretien !

Solo Médical Rhône-Alpes
Tél. : 00 33 6 12 08 63 76
Email : michel@solomedical-ra.com
Site Internet : www.solomedical-ra.com

A VENDRE D'OCCASION

1 table de soin électrique, 3 plans
800.– CHF



1 Machine à fango
600.– CHF



Contact: info@mainslibres.ch

La Psychanalyse Corporelle[®], construction de la personnalité

BRUNO BERTE

Psychologue, Psychanalyste, Psychanalyste Corporel
Vice-Président de l'Institut Français de Psychanalyse Corporelle

2^e partie de l'article de Monsieur B. Berte paru dans *Mains Libres* numéro 7 2013

Mots-clés: psychanalyse corporelle[®], lapsus corporels,
secret familial, traumatismes

Key words: body psychoanalysis, body slip up,
traumatism, family secret



— RÉSUMÉ —

La psychanalyse corporelle[®] sollicite la mémoire du corps et repose sur la notion de lapsus corporel. Cette psychanalyse permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents traumatismes, ces instants-clés qui ont formatés notre personnalité.

Après avoir défini la notion de traumatisme en psychanalyse corporelle, et expliqué les différents traumatismes, nous aborderons un cas concret de revécu du secret familial.

— LA PSYCHANALYSE CORPORELLE[®], CONSTRUCTION DE LA PERSONNALITÉ —

Cette psychanalyse qui passe par le lâcher-prise et donc les lapsus corporels et la tension lapsusale permet de revivre corporellement notre passé au travers de sept couches de mémoire et d'assister psychiquement aux films de nos différents traumatismes.

Le corps contient cellulièrement la mémoire de tout ce qui nous est arrivé. Nous n'en connaissons pas encore le pro-

cessus exact. Nous sommes encore à l'heure actuelle comme ces scientifiques qui observaient les effets des mécanismes génétiques sans encore avoir découvert l'ADN.

Dans l'article du mois précédent, je vous ai montré combien cette mémoire du corps est structurée en 7 niveaux de mémoire. Avec sept types de lapsus corporels, le corps ouvre progressivement la porte à sept niveaux de mémoire, sept types d'images psychiques, jusqu'à révéler la totalité de l'histoire du psychanalysé.

Le lâcher-prise de la tête en début de séance suivi de l'engagement de la personne produit une tension initiale que nous appelons tension lapsusale, sur laquelle va se fonder toute la séance. C'est le moteur de la séance, l'étalonnage de celle-ci. Le corps a pris le pouvoir et ce n'est plus la tête qui le guide. La tête ne fait qu'observer.

— NOTION DE TRAUMATISME, EN PSYCHANALYSE CORPORELLE —

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de clarifier la notion de traumatisme telle que nous l'entendons en psychanalyse corporelle.

En psychanalyse corporelle, la notion de traumatisme n'a pas le sens que nous lui donnons habituellement quand nous parlons des conséquences psychiques d'un événement de type accident, catastrophe, violences répétées ou abus sexuel. Le traumatisme dont il est question ici revêt une signification très précise.

Pour comprendre cette notion de traumatisme, nous l'aborderons sous plusieurs angles.

1. La psychanalyse corporelle au travers de plus de 100.000 séances réparties sur 30 ans a identifié quatre traumatismes: le premier à la naissance, le deuxième durant la petite enfance, le troisième durant l'enfance et le quatrième durant l'adolescence. Le traumatisme périnatal est le traumatisme fondateur, les trois suivants sont constructeurs.

L'étude de l'ensemble de nos dossiers nous indique que toute personne a traversé ces quatre traumatismes. Cela nous a donc amenés à les considérer comme des points de passage obligatoires de l'existence, en tant qu'initiation à la condition humaine.

2. C'est l'ensemble de l'action des quatre traumatismes qui produit une programmation de l'individu dans une personnalité propre à l'ego.

Cela va avoir deux conséquences.

D'une part cette programmation va nous faire exister en tant que personne unique avec une douleur centrale: abandonné, trahi, harcelé, abusé ...

D'autre part, nous allons vivre dans l'illusion du monde car nous allons sans cesse interpréter le monde selon ce

programme. Par exemple, un abandonné chronique, ne pourra voir et lire les événements qui lui arrivent qu'en fonction de cette grille de lecture traumatique et un simple retard sera vécu pour lui comme un véritable abandon.

3. Le traumatisme est un sommet de douleur existentielle, résumant dans le subconscient, toute une période d'évolution de notre vie. Le subconscient dont parlent les psychanalystes corporels peut redevenir conscient car c'est la couche la plus superficielle de l'inconscient. Il est constitué de l'ensemble des événements de notre vie qui ont été refoulés lors de ces traumatismes. Les quatre traumatismes constituent et établissent notre subconscient.

4. Le traumatisme est le résultat d'un conflit intérieur entre deux forces contraires d'égale intensité. On va donc avoir dans le traumatisme deux perceptions du monde qui s'affrontent, deux perceptions du monde qui ne peuvent pas coexister.

Il n'est pas possible de vivre avec quelque chose et son contraire, c'est notre raison qui est en jeu.

Prenons un exemple, un enfant martyr qui subi les sévices de sa maman n'a que deux choix.

Dans le premier, sa maman est un bourreau et lui une petite victime, dans le second, il est vilain et il a bien mérité d'être martyrisé.

Il va donc choisir la maman-bourreau pour s'innocenter lui-même ou il va choisir d'être le vilain pour innocenter sa maman.

Dans l'instant traumatique, l'individu va devoir choisir une perception du monde au détriment de l'autre et tous ses futurs amours seront fidèles à ce modèle là.

Le traumatisme est donc une castration sensorielle de la moitié du monde.

A chaque traumatisme nous perdons 50% de notre perception puisque nous venons d'éliminer l'autre moitié.

Un traumatisme produit ainsi en chacun de nous, un moins voir, un moins sentir, pour s'adapter au monde qui nous entoure; et par là même, l'événement non assumé est refoulé totalement ou partiellement dans le subconscient.

5. Quelque soit la gravité ou non des événements concrets de cette scène traumatique, l'intensité de la douleur est la même car elle ne résulte que du déchirement d'avoir du faire ce choix.

Un traumatisme c'est toujours une innocence brisée et nous sommes tous égaux dans le monde traumatique parce qu'il n'y a pas de petit ou de grand traumatisme.





— LES FORCES EN JEU —

Revenons un instant sur ces forces en jeu dans chaque traumatisme nous obligeant à un choix aussi crucial.

Dans le traumatisme périnatal, les forces en jeu sont vivre ou mourir. Le traumatisme de la petite enfance nous met devant un secret familial, nous obligeant à choisir entre la vérité ou le mensonge. Le traumatisme de l'enfance nous force à choisir entre le plaisir ou la honte et celui de l'adolescence entre idéal ou réalité.

Reprenons un peu plus en détail ces différentes maturités.

— LE TRAUMATISME DE LA NAISSANCE —

- Il faut bien comprendre que, dans le ventre de la maman, le fœtus baigne dans un monde d'harmonie, d'amour. Il est en train de vivre une expérience gigantesque à travers la construction de son corps où il y puise une connaissance de l'univers entier. Ses organes des sens sont si performants qu'il peut tout sentir de ce qui l'entoure. Et il commence à apercevoir les conditions de vie sur terre: il va devoir s'incarner en 7 étapes dans un petit corps étroit et étriqué et accepter l'imperfection humaine ou renoncer à venir sur cette terre.
- C'est l'opposition de deux forces immenses puisqu'il s'agit ici d'être ou ne pas être, de vivre ou de mourir.
- Ce traumatisme a toujours lieu durant l'accouchement et s'achève avant le premier endormissement .

— LE TRAUMATISME DE LA PETITE ENFANCE —

- C'est le traumatisme du secret familial, un secret inavouable ou un ensemble de non-dits qui résume l'ambiance familiale. Ce mensonge est insupportable aux oreilles du petit enfant qui ne peut pas comprendre que l'on puisse penser quelque-chose et dire à l'extérieur autre chose que cette réalité.
- Les deux forces opposées sont ici le mensonge et la vérité. Il va découvrir qu'il existe un extérieur et un intérieur même si c'est au prix d'une grande douleur.
- Ce traumatisme a lieu entre la naissance et le début de la scolarité.

— LE TROISIÈME TRAUMATISME, LE TRAUMATISME DE L'ENFANCE —

- C'est le traumatisme de l'ambiguïté sexuelle. Il a lieu après l'entrée en scolarité de l'enfant. Il a perdu l'exclusivité de l'attention maternelle et cherche désespérément ce qui pourrait bien lui donner une certaine importance. C'est là qu'il découvre le pouvoir de la séduction pour attirer l'attention de l'adulte. Mais il va s'y brûler, rejeté par exemple par le regard intransigeant d'un papa qui n'aura pas supporté cette ambiguïté.
- Les deux forces opposées dans ce traumatisme sont le plaisir et la honte. Soit il choisit le plaisir d'abord mais il en a honte après. Soit, il trouve que cela coûte trop cher et il se coupe du plaisir mais il en est frustré. Se gravent en lui à ce moment là ses modalités par rapport au plaisir.
- Ce traumatisme a lieu entre 5 et 10 ans.

— ENFIN LE DERNIER TRAUMATISME, CELUI DE LA PUBERTÉ —

- C'est le traumatisme du secret personnel. Ce traumatisme se joue souvent avec le sexe opposé. L'adolescent découvre dans ce quatrième instant-clé qu'il ne peut pas rester lui-même et garder ses idéaux sans risque de perdre l'autre dont il vient de tomber amoureux.
- Les deux forces opposées sont idéal ou réalité: il ne peut qu'affirmer sa différence et renier celle de l'autre, ou bien accepter l'autre et renier la sienne. L'adolescent découvre ici les modalités de l'amour humain. Lors de ce traumatisme se grave le modèle de ses futures relations amoureuses et sociales.
- Et il a lieu entre 10 ans et 15 ans.

— DÉVELOPPONS LE CAS DE CAMILLE —

Camille est une femme d'une quarantaine d'année qui regarde le monde intensément mais qui ne parle pas. Elle est mariée, a un enfant et travaille dans un bureau pour ne pas être trop en contact avec les gens, me dit-elle.

Je dois vous avertir qu'à partir d'ici, nous entrons dans une grande intimité de ce que *Camille* retrouve dans ses séances. C'est un niveau de confiance rarement partagé en dehors des séances de psychanalyse corporelle.

Vous allez apercevoir combien un bébé de quelques semaines

possède un niveau de ressenti et de perception bien au-delà de ce que l'on imagine.

Nous sommes ici dans le revécu de son traumatisme de la petite enfance.

Dans toutes les familles, il y a des non-dits que les enfants même tout petits ressentent jusqu'au plus profond de leurs cellules. Ils sont aux prises avec toutes les tractations inconscientes du milieu familial.

Mon intention n'est pas de vous livrer l'ensemble de la scène mais de vous faire sentir jusque dans le concret les forces en jeu.

«C'est dimanche, mes grands-parents (paternels) sont venus nous rendre visite. Je suis dans mon petit lit blanc en bois. Je joue avec ma girafe en plastique, je lui mâchouille une patte et la fait couiner contre ma gencive. (...)

Ma grand-mère pose sa main sur le montant du lit. Elle a son alliance. Intérieurement, elle n'est pas bien. Elle me fouille du regard, dans mes yeux, comme pour vérifier que j'ai bien les yeux de la bonne couleur, les yeux de mon père. C'est mon père qui vient me chercher. Il passe sa main sous mon dos et me soulève. Je tiens juste sur son avant bras. Il est fier, il me montre. (...) Je suis installée sur le sein de ma mère pour la tétée. Je suis contre elle et je suis bien. Je sens sa peau. Ce moment est merveilleux, je suis tout avec elle, je la sens, je nous sens, ça me fait plein de choses dans le dos, ça pétille, ça m'irradie de partout. C'est tellement bon.

Ma grand-mère est assise dans un fauteuil. Elle regarde un album photo de mes parents. Sur la page de gauche, il y a une photo de mes parents le jour de leur mariage: ils s'embrassent. Je sens leur baiser. C'est la joie. Sur une page de droite, il y a une photo d'un jeune homme ami de mon père, l'air décontracté, les chaussures noires et le pantalon légèrement remonté.

Voilà, le cadre est posé. Les protagonistes de la scène sont en place. Nous sommes en France, fin des années soixante. Les grands-parents paternels viennent rendre une première



» » Photo 2: séance avec tension lapsusale de niveau 6

visite à leur petite fille de quelques semaines. Nous sommes devant une journée presque banale dans cette famille, mais qui contient tous les ressorts de ce qui deviendra le traumatisme du secret familial de *Camille*.

« (...) regarder ces photos fait monter la fureur contenue que la grand-mère a en elle. Elle montre du doigt la photo du jeune homme et dit à ma mère qu'elle est au courant pour eux deux. La voisine lui a tout raconté. Il y a quelques années, ma mère a eu une relation avec le jeune homme de la photo. Elle était déjà avec mon père sans être encore mariée (...) »

Camille raconte en verbalisation toute la relation entre sa mère et cet homme, les lieux, les relations sexuelles et la dernière fois où ils se voient, ce moment où la mère de *Camille* est enceinte de lui et décide d'une interruption de grossesse.

Il est clair qu'il est nécessaire de faire un certain nombre de séance sur une même scène avant d'avoir cet engagement corporel et ce niveau de revécu. Nous sommes dans des séances de niveau 6 où les lapsus corporels sont des mouvements concrets saturés. Souvenez-vous de l'article précédent, ce niveau de séance donne accès au sens individuel. *Camille* en séance tient ses tensions jusqu'à l'extrême tellement elle a besoin de connaître toute l'histoire.

«Devant cet album posé sur ces genoux, devant ma mère, ma grand-mère ne peut plus retenir les mots. Elle a trop mal et il faut que ça sorte pour se libérer. Mais pour ma mère, c'était fini tout ça, c'est vieux. Elle a maintenant un autre bébé et la vie a repris. Moi, petit bébé sur l'épaule de ma mère, je tape avec ma tête. Maman est devenu une pierre. J'ai accès à cette maman mais ce n'est pas la maman de tout à l'heure. Je sens aussi les mots qu'elle retient, cette perfidie, ce mensonge, ce secret.

Dans le partage verbal après cette séance *Camille* hurle combien pour le petit bébé c'est l'horreur absolue tous ces mensonges, ces hommes qui s'aiment si peu, l'ensemble de ces non-dits.

«Mais qu'est ce qui se passe? Tout le monde ment, tout le monde fait sortir son venin. Je comprends rien à ce monde. Ils sont tous fous. Je n'ai plus aucun repère, c'est le vide, c'est noir. Je suis en chute libre. Je ne sais plus à quoi me raccrocher.»

Camille revit ce désespoir où elle voudrait que tout s'arrête tellement elle souffre de tous ces règlements de compte. Et son histoire continue ... ce même soir ses parents ont une relation sexuelle et *Camille* depuis son petit lit entend et sait combien son père s'y prend un peu mal, et perçoit tout le ressentiment de sa mère contre lui et surtout contre sa belle mère.

Elle voudrait tellement que les choses soient dites et faites avec amour.

«De mon lit, je sens tout ça. Je suis allongée sur le côté et le nez contre l'un des barreaux. Je voudrais que ma mère se retourne: «retourne-toi, parle lui, mais pas avec ces mots. Pas comme ça mais avec les mots qui disent la



vérité, pas celle qui fait mal, celle qui dit que c'est normal, que c'est pas grave. La vérité qui comprend, qui aime.» Je sens qu'elle veut partir. Je la vois traverser la pièce. Je la supplie de rester. Je la vois poser la main sur la poignée de la porte. «Maman, ne t'en va pas, j'ai besoin de toi.» Cette maman se souvient de comment elle faisait l'amour avec l'autre. Elle compare. Elle a mal et elle a le pouvoir de faire mal elle aussi. Elle est si en colère qu'elle finit par dire à son mari qu'il ne fait pas bien l'amour, qu'elle a eu une aventure avec l'autre et que c'était mille fois mieux.

La maman crache toute sa douleur et même si elle se retient au dernier moment de parler de l'avortement, elle a cassé son mari et sa virilité.

«Maman, qu'est ce que tu as fait? Tu l'as tué!»

Et *Camille* devant ce monde de mots qui tuent, prend une décision traumatique:

C'est quoi ces humains qui tuent avec les mots? C'est de la folie. Ils n'ont rien compris. Moi, je ne laisserai rien sortir, jamais, jamais. Je m'emmure dans le silence, dans mon tombeau. Ne plus rien entendre, jamais. Et je me couds la bouche!

Le petit enfant est ici devant ce choix crucial entre mensonge et vérité. La confrontation entre les deux forces est d'une telle intensité douloureuse que l'enfant prend une décision. *Camille* vient de décider de ne plus dire pour ne jamais « mots-dire » (maudire) et pour se sauver de la folie.

— NI BOURREAU, NI VICTIME —

Il n'y a pas de revécu complet du traumatisme en psychanalyse corporelle, sans avoir revisité le monde des « bourreaux ». On emploie ce terme car dans le monde de l'enfant ces parents dans cet instant sont perçus comme des bourreaux même si, bien sûr, ils font en réalité tout leur possible. Mais ils incarnent, à ce moment là, la maladresse et l'imperfection humaine.

Camille a revécu cette scène jusqu'à ce niveau de séance que nous appelons en psychanalyse corporelle « ni bourreau ni victime ». Alors *Camille* découvre une autre version du monde. Elle accède aux blessures profondes de ses parents, elle comprend qu'il s'agit seulement de maladresses d'amour issues de leur propre passé traumatique. Elle perçoit le monde de cette maman qui a tout fait pour oublier cette douleur et a reporté tout son amour sur *Camille*. Elle voit combien cette grand-mère fut elle aussi douloureusement blessée dans son enfance – et il serait trop long de le développer ici – et cherche seulement à protéger son fils.

Camille vient de passer en niveau 7 de sa séance. Bien sûr il faut l'accompagnement du psychanalyste pour atteindre ce paroxysme de tension et arriver à ce niveau que nous nommons: l'intime conviction.

Et au bout de la haine et du désespoir exprimé par *Camille* vient un incroyable instant d'amour. Il est si puissant que

toute l'histoire de *Camille* est nourrie de cette nouvelle compréhension. Elle aperçoit sa vie, comprend ses comportements, cette incapacité à parler, tellement les mots peuvent blesser.

«Je suis touchée par ce bébé qui connaissait les mots du cœur et qui aurait tant voulu les dire.»

La mémoire cellulaire garde à jamais gravée en elle ces traumatismes, ces instants déchirants où il nous faut renoncer à de grandes perceptions d'une autre dimension pour prendre place dans cette humanité avec toutes ses maladresses d'amour. Mais c'est aussi accéder à une vérité qui éclaire toute notre vie, qui a le pouvoir de nous réconcilier avec notre histoire et notre famille, et qui va permettre, dans le présent, de profiter de cette connaissance pour mieux nous aimer, mieux aimer nos parents et donc tous les autres.

Il y a une joie intime, au delà de cette immense douleur, de pouvoir accéder à cette connaissance profonde de nos êtres jusqu'à constater que l'on perçoit et revit le monde toujours de la même façon. Mais le dernier niveau de psychanalyse corporelle offre toujours un vrai sourire sur son histoire qui soulage et fait progresser la vie.

— CONTACT —

Bruno Berte
Route du Pontet 1111
F- 74580 Viry
E-mail : brunoberte7@gmail.com

— RÉFÉRENCES —

- 1 BERTE, B., La Psychanalyse Corporelle, lapsus corporel et mémoire du corps, in Mains Libres, N°7, Novembre 2013.
- 2 MONTAUD, B., La tension Lapsusale, dans La Lettre 3 de la Psychanalyse Corporelle, août 2008. Disponible sur <http://www.psychanalysecorporelle.org/>
- 3 MONTAUD, B. et DURET, J.-C., Allo mon corps, les fondements de la psychanalyse corporelle, Éd. Edit'as, 2005.
- 4 MONTAUD, B., L'accompagnement de la naissance, Éd. Edit'as, 1997.
- 5 Pour lire un exemple de revécu de naissance, le lecteur pourra se reporter à:
BERTE, B., GIRARD-REYDET, E., Revivre sa naissance par la Psychanalyse Corporelle, in Reflets, Décembre 2013.
- 6 *Camille* est un prénom d'emprunt et je vous livre un peu de son bilan de reconquête de la scène. Le bilan dactylographié contient 6 pages et plus de 2700 mots.
- 7 MONTAUD, B., et coll., Ni bourreau ni victime, Éd. Edit'as, 2009.
- 8 BERTE, B., La psychanalyse corporelle et le secret familial, in Imaginaire et inconscient, n° 18, Paris, PUF, décembre 2006, p. 205-214.

LES THÉRAPIES DU XXI^E SIÈCLE

Du corps physique aux corps spirituels

Jean-Pierre AMIGUES

Préface de Jean-Philippe Brébion

Edition Quintessence, F-13678 Aubagne, 2013

ISBN: 978-2-35805-076-0

Cet ouvrage s'adresse à tous les gens curieux et entre dans le cadre de la vision intégrale d'un individu. Il peut aider ceux qui souffrent, qui sont dans le mal-être et qui ne trouvent pas de réponses à leurs douleurs.

Au cours de votre lecture vous découvrirez, à travers un traitement qui inclut la globalité de l'être humain, qui tient compte de votre corps, de votre énergie, des facultés de votre cerveau à commettre des erreurs, de vos bouleversements émotionnels, de vos mémoires enfouies, de vos mémoires akashiques et enfin de votre état le plus subtil, votre état vibratoire, une réponse à vos souffrances.

Cet ouvrage s'inscrit dans l'ensemble des médecines alternatives. Il peut intéresser des praticiens qui souhaiteraient ajouter d'autres réflexions à leurs pratiques habituelles.

L'auteur: Jean-Pierre Amigues est diplômé en kinésithérapie en 1962, puis diplômé de European School of Osteopathy Maidstone en 1975. Il obtient ensuite un diplôme interuniversitaire de neurologie posturale à la faculté de médecine de Toulouse. Membre du Registre des Ostéopathes de France, Jean-Pierre Amigues a publié plusieurs ouvrages sur l'ostéopathie.



Médical  **Esthétique**
À votre service depuis plus de 15 ans

Maîtrise fédérale en électronique

Délais d'intervention **express**

95% des réparations faites **sur site**

Aucun intermédiaire

Réparation **multimarque**

Réfection de ski

Vente de **tables** et **appareils physio**

Soutra – 076 / 363 35 70 – info@soutra.ch

Bon de réduction
50.- CHF

remise sur l'achat d'une table
ou sur une réparation.

*non cumulable

Les miracles de l'étiopathe qui guérit le « Tout-Paris »

Par JEAN-YVES NAU

Médecin, journaliste

Saviez-vous qu'il existe deux mains qui soignent et sauvent le Tout-Paris ? C'est l'objet d'un ouvrage écrit par ces mêmes mains et qui vient d'être imprimé pour les Editions du Seuil. ¹ Un ouvrage qui vient de faire l'objet d'un lancement médiatique surchoix, une mise en scène comme aucun auteur médecin hospitalier n'oserait en imaginer. C'est un livre qui réunit des univers habituellement étrangers et dont le succès en librairie semble désormais garanti. L'auteur nous raconte son histoire, celle d'un enfant de maréchal-ferrant de Camargue devenu étiopathe de cette jet-set souvent jetlaguée. Il nous parle de comptes féériques. C'est un très beau cas de figure à mi-chemin entre le don (héréditaire) et la manipulation (vertébrale). Avec une question : comment faire la part entre les mains et le placebo ? Entre la raison et le don ?

Nous étions gratifiés d'une dédicace gentiment provocatrice : « En espérant que Soigner autrement vous ouvre des horizons nouveaux ». Bandeau mauve « Ces mains qui guérissent ». Soit 17 euros et 194 pages. On commence avec un extrait du *Tractatus Logica Philosophica de Ludwig Wittgenstein* (1889-1951) : « Quand on peut parler, on parle, ce dont on ne peut parler, il faut le taire ». C'est tout dire. Parlons, donc.

Jean-Paul Moureau parle beaucoup de lui. Et, magie de l'écriture, plus il en dit et moins on le saisit. *Proust*, en somme. ² *M. Moureau* est né à *Boulbon*. *Boulbon* est un village au pied de la Montagne. *M. Moureau* est né en 1948 des mains de sa grand-tante *Claudine*. C'était en 1948. Un samedi. Au petit matin. La Montagne ? Ce sont les collines qui bordent le pays d'Arles, terre de *Camargue*. Le grand-père et le père du nouveau-né exerçaient le métier de forgeron et de maréchal-ferrant ; « comme j'aurais pu l'être si j'avais suivi le désir paternel de pérenniser l'activité familiale en lui succédant. » Mais *M. Moureau* ne l'a-t-il pas, précisément, pérennisée ? A sa façon : en franchissant la barrière d'espèce et en élargissant l'éventail des phanères et des articulations.

Ce petit livre a été lancé en grande pompe. Un lancement très parisien. Un mercredi d'octobre, 18 h – 21 h, Hôtel Park Hyatt Ven-dôme, 5, rue de la Paix, dans le deuxième arrondissement de la capitale française. Champagne, français qui plus est. « Relations presse » assurées par une puissante société de communication. Extraits de l'invitation : « Jean-Paul Moureau exerce son métier d'étiopathe depuis 35 ans et compte à son actif plus de 100 000 patients. Sa notoriété a dépassé les frontières et son cabinet ne désemplit pas. Parmi ses clients, des personnalités représentatives de tous les secteurs d'activités : monde politique, mais également monde des affaires, du cinéma ou des arts... , la liste est impressionnante. » Autre extrait, également signifiant : « Au fil du temps, ses patients sont devenus des amis et ne jurent plus que par cette thérapie manuelle, différente des autres méthodes existantes, car elle s'attache à rechercher les causes de la

pathologie avant de traiter les symptômes. » On annonçait la présence des plus célèbres patient(e)s devenus ami(e)s. Quelques journalistes. Beaucoup d'acteurs. Des responsables politiques. Et le précédent président de la République française.

Quelques jours plus tard, le Journal du Dimanche consacre une pleine page à l'ouvrage : « Jean-Paul Moureau, étiopathe et rebouteux génial ». Une vie écartelée entre Los Angeles et la Camargue. Sans oublier Paris : 500 mètres carrés de cabinet-consultation. Consultations à 100 euros la séance. A priori pas de visites. Des journalistes, des capitaines d'industrie, des hauts gradés de l'armée, des astronautes se repassent son adresse comme un précieux sésame (ndlr : c'est dans le 16^e arrondissement).

Quelques confidences : il a tenté la Faculté de médecine à Marseille. Deux ans seulement. Trop de QCM, trop de bachotage, aucun patient. On le comprend. L'homme rejoint Genève. Là il croise un ancien ami scout qui lui parle de Christian Trédaniel et de son collège d'étiopathie. Cinq années de formation. Puis premier cabinet à Paris. On connaît la suite. Il n'est pas « mage », encore moins « voyant ». Il a une « crinière blanche » et un « regard bleu pénétrant » (genre *Nino Ferrer* dans *Le Sud*). Le corps lui apparaît comme « une interface tactile ». Pour ces deux mains, le corps humain est un peu comme un iPad. Ou comme un emboîtement de poupées russes. *M. Moureau* ne peut rien en cas de cancer, de maladies dégénératives ou génétiques

L'homme explique avoir un « don naturel », Il agit sur « les flux hormonaux du corps » afin de régler ce dernier comme une montre. « Tous les jours je vois des enfants qui vomissent ou qui ont des otites, explique-t-il. En quelques minutes, j'agis sur des centres nerveux, plexus, ganglions etc., et tout se normalise. » On apprend encore qu'il « doit la vie à une rebouteuse » (sa grand-tante *Claudine*, celle qui « l'a fait naître » en 1948, « remettait d'aplomb tous les estropiés du coin »). Il a « hérité de ses dons ».

M. Moureau a sauvé *Klaus Kinski* (1926-1991). L'acteur avait fait une chute sur le tournage de *Woyzeck*. Il est dans le coma. On le transfère en urgence à Paris. Imposition des mains



qui guérissent. *Klaus* rouvre les yeux, se relève de son brancard et finira son film. Tous les acteurs n'ont pas cette chance.

«Aujourd'hui, de plus en plus de médecins commencent à se rebeller contre une pensée dominante qui refuse de connaître ses erreurs, freinant une prise de conscience bénéfique à la santé publique, écrit l'auteur en conclusion. C'est une mutation dont le corps médical doit impérativement tenir compte s'il veut assurer sa mission dans des conditions optimales. Il n'est plus envisageable de l'aborder avec des schémas de pensée devenus obsolètes. Ce n'est pas le passé qui apportera les solutions thérapeutiques de demain.» Dépassé *Claude Bernard* (1813-1878) et ses idées sur l'homéostasie.

L'avenir, nous dit l'auteur, c'est «l'étiopathie soumise à l'épreuve des faits et de la science». On sait ce qu'il en est des impasses récurrentes dans ce domaine, qu'il s'agisse de l'homéopathie ou de la psychanalyse. Reste, soulevée à sa façon par cet étiopathe renommé des beaux quartiers, la question du don et des invariants séculaires des passeurs de feu, magnétiseurs et autres rebouteux.³ Faut-il les laisser dans les forêts et aux lisières des cités et des enclaves de la science médicale? La puissance de la nouvelle lecture du vivant n'a-t-elle rien à nous apprendre de ces relations interhumaines atypiques et souvent thérapeutiques? La même question vaut pour le placebo et l'hypnose.

«Quand on peut parler, on parle, ce dont on ne peut parler, il faut le taire». Un siècle plus tard ou presque, on se bat toujours pour comprendre ce que *Ludwig Wittgenstein* a voulu nous dire dans son *Tractatus Logica Philoso-phica*.

Avec l'aimable autorisation de reproduction de la Revue Médicale Suisse. Article publié dans la Revue Médicale Suisse, N° 404, 30 oct. 2013, pp 2022-2023

Biographie de l'auteur:

Jean-Yves Nau est un médecin et journaliste scientifique français spécialiste des questions de médecine, de biologie et de bioéthique. *Jean-Yves Nau* a tout d'abord été instituteur avant de réaliser des études de médecine puis de s'orienter vers le journalisme et d'entrer au quotidien *Le Monde* en 1980. Il y travaille pendant près de 30 ans, tout en collaborant ponctuellement à *La Revue du praticien*, à la *Revue médicale suisse* et *La Nouvelle République du Centre Ouest*, avant d'intégrer en février 2009 l'équipe scientifique de la version française en ligne du magazine *Slate* en tant que chroniqueur. Il est également chargé pour l'année 2010-2011 de la première chaire de «*Journalisme et santé publique*» de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

— CONTACT —
E-mail: yves.nau@gmail.com

— RÉFÉRENCES —

- 1 Moureau JP. Soigner autrement. Ces mains qui guéris-sent. Paris: Editions du Seuil, 2013.
- 2 Sur le plus célèbre des asthmatiques, à l'occasion du centenaire du début de La Recherche, un éventail délicieux à lire au coin du feu: Enthoven JP, Enthoven R. Dictionnaire amoureux de Marcel Proust. Paris : Editions Plon, 2013.
- 3 Sur le thème des guérisseurs et du don de guérir, on prendra utilement connaissance de deux remarquables documentaires conservés par l'Institut national français de l'audiovisuel. L'un à l'adresse www.ina.fr/video/RBC07085001; l'autre à l'adresse www.ina.fr/video/CPC77058278/les-guerisseurs-de-nos-regions-l-expression-d-un-don-video.html

AIMER

LIRE

PAYOT

L I B R A I R E

TOUS LES LIVRES, POUR TOUS LES LECTEURS

Lausanne Genève La Chaux-de-Fonds Fribourg Montreux Neuchâtel Nyon Sion Vevey Yverdon-les-Bains
www.payot.ch



Distributeur en Suisse:



La douleur disparaît...
...presque d'elle-même



Un plaisir
à utiliser.

Leukotape® K

Favorise la guérison naturelle
lors de douleurs musculaires,
nerveuses, vasculaires et de
maux de tête.

- ▶ **Technique neuroproprioceptive**
- ▶ **Soulage la douleur**
- ▶ **Favorise le mouvement**



Smith & Nephew AG
Glutz Blotzheim-Strasse 1
CH-4502 Solothurn

Tél. +41 032 624 56 60
Fax +41 032 624 56 81
www.smith-nephew.ch

supplier of



Prix :
CHF 2'250.-
exkl. MwSt.

Chattanooga Wireless Pro

Une autre dimension pour l'électrothérapie !



Des thérapies aux résultats convaincants

- utilisable directement après une opération
- évite les atrophies musculaires
- idéale pour l'utilisation en réhabilitation
- le « sans fil », atout particulièrement apprécié des sportifs

Vidéo détaillée sur le mode de fonctionnement du Wireless Pro sur www.medidor.ch !

